

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

от 26.12.2025 года

№ 12

Председатель Комиссии Колчинская Т.П. – Министр здравоохранения Челябинской области

Члены комиссии:

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

Горлова Н.В. – главный врач Государственного автономного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 11 г. Челябинск»

Гузь А.О. – первый заместитель Министра здравоохранения Челябинской области

Кинихина В.Н. – главный специалист по социально-экономическим вопросам Челябинской областной организации Профсоюзного 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»

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

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

Тарасов Д.А. – главный врач государственного автономного учреждения здравоохранения Ордена Трудового Красного Знамени «Городская клиническая больница № 1 г. Челябинска»

Ткачева А.Г. – директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области

Миронова Н.Ю. – заместитель директора по финансовым вопросам территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, секретарь Комиссии

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 утвержденные объемы предоставления медицинской помощи на 2025 год (далее – Перераспределение объемов на 2025 год).

2. Внесение изменений в Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 26.12.2024 № 190-ОМС (далее – Тарифное соглашение на 2025 год).

3. Разное (вопросы 2025 года).

4. Распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями на 2026 год в пределах и на основе установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования Челябинской области нормативов объемов предоставления медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постановлением Правительства Челябинской области от 19.12.2025 № 826-П (далее – ТППГ на 2026 – 2028 годы).

5. Контроль объемов предоставления медицинской помощи и финансового обеспечения объемов медицинской помощи в 2026 году.

6. Порядок перераспределения в 2026 году объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в пределах утвержденных объемов медицинской помощи.

7. Утверждение проекта Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области на 2026 год (далее – Тарифное соглашение на 2026 год).

8. Разное (вопросы 2026 года).

По первому вопросу повестки заседания Комиссии «Перераспределение объемов на 2025 год» заслушали члена Комиссии, директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, Ткачеву А.Г., об объемах медицинской помощи, предъявленных к оплате медицинскими организациями за январь-ноябрь 2025 года.

Заслушали Председателя Комиссии, Министра здравоохранения Челябинской области, Колчинскую Т.П. о перераспределении объемов.

Комиссия, рассмотрев и проанализировав предложения по внесению изменений с 01.12.2025 в установленные объемы предоставления медицинской помощи на 2025 год, поступившие от Министерства здравоохранения Челябинской области, медицинских организаций, в том числе по результатам проведенного медико-экономического контроля (код нарушения/дефекта 1.6.2) (письмо Министерства здравоохранения Челябинской области от 24.12.2025 № 01/12328), приняла единогласное решение:

- В рамках базовой программы ОМС:

- Перераспределить плановые объемы предоставления медицинской помощи в стационарных условиях между медицинскими организациями, профилями медицинской помощи, КСГ, с внесением соответствующих изменений в коечный фонд и койко-дни.

- Перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы предоставления высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП) в стационарных условиях между видами и методами лечения.

В пределах плановых объемов предоставления ВМП увеличить объемы по группам 44 - 52 «Стентирование коронарных артерий» на 85 случаев госпитализации за счет уменьшения группы 12 «Оперативные вмешательства на брахиоцефальных артериях (стентирование или эндартерэктомия)» на 38 случаев госпитализации, иных групп высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) на 47 случаев госпитализаций.

- Перераспределить плановые объемы предоставления медицинской помощи в условиях дневных стационаров между медицинскими организациями, профилями медицинской помощи, КСГ, с внесением соответствующих изменений в коечный фонд и пациенто-дни.

- Перераспределить плановые объемы обращений по заболеваниям, посещений с профилактическими и иными целями между медицинскими организациями, медицинскими специальностями, категориями населения.

- Перераспределить плановые объемы предоставления медицинской помощи в неотложной форме между медицинскими организациями, медицинскими специальностями, категориями населения.

- Перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы посещений по медицинской помощи, оказанной мобильными медицинскими бригадами.

- Перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы комплексных посещений в центрах здоровья.

- Перераспределить плановые объемы посещений в центрах амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) между медицинскими организациями, медицинскими специальностями.

- Перераспределить плановые объемы комплексных посещений в части ведения школ для больных сахарным диабетом (увеличить на 216 комплексных посещений 2 типа для взрослого населения за счет уменьшения 214 комплексных посещений 1 типа для взрослого населения, 2 комплексных посещений несовершеннолетних).

- Перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы комплексных посещений по диспансерному наблюдению (увеличить плановые объемы диспансерного наблюдения по поводу болезней системы кровообращения на 16 052 комплексных посещений, прочих заболеваний на 6 696 комплексных посещений за счет уменьшения плановых объемов диспансерного наблюдения по поводу онкологических заболеваний на 16 052 комплексных посещений, сахарного диабета на 6 696 комплексных посещений).

- Перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы стоматологической медицинской помощи, в том числе в неотложной форме, а также между медицинскими специальностями, категориями населения.

- Перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы комплексных посещений по диспансеризации (1 этап) (увеличить плановые объемы по углубленной диспансеризации (1 этап) на 22 992 комплексных посещения за счет уменьшения плановых объемов комплексных посещений взрослого населения (1 этап)).

- Перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы комплексных посещений по диспансеризации репродуктивного здоровья женщин (1 этап) и мужчин (1 этап), диспансеризации детей-сирот.

- Перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы комплексных посещений по профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения, несовершеннолетних.

- Перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы по отдельным диагностическим (лабораторным) исследованиям (компьютерной томографии (в т.ч. в ЦАОП), магнитно-резонансной томографии (в т.ч. в ЦАОП), эндоскопическим диагностическим исследованиям (в т.ч. в ЦАОП), патологоанатомическим исследованиям (в т.ч. в ЦАОП), молекулярно-генетическим исследованиям с целью диагностики онкологических заболеваний, иным диагностическим исследованиям в ЦАОП, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, включая сцинтиграфию скелета (в т.ч. в ЦАОП), ультразвуковым исследованиям сердечно-сосудистой системы, исследованиям на наличие респираторных инфекций, включая вирус гриппа, а также между видами исследований).

- Перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы вызовов скорой медицинской помощи, увеличив вызовы с проведением тромболитической терапии.

- Перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы диализной медицинской помощи, в том числе увеличить плановые объемы диализной медицинской помощи в стационарных условиях на 323 услуги, уменьшить плановые объемы диализной медицинской помощи в условиях дневных стационаров на 4 242 услуги, в амбулаторных условиях на 2 122 услуги.

- В дополнение к базовой программе ОМС:

- Перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) по профилям медицинской помощи «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия».

- Перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы в части проведения экстракорпорального оплодотворения в условиях дневных стационаров:

- неполного цикла экстракорпорального оплодотворения без проведения криоконсервации эмбриона (стимуляция суперовуляции; стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки; стимуляция суперовуляции, получение

яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов без последующей криоконсервации эмбрионов);

- полного цикла экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов, внутриматочное введение (перенос) эмбрионов с осуществлением криоконсервации эмбрионов).

- Перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы по отдельным диагностическим (лабораторным) исследованиям (компьютерной томографии, патологоанатомическим исследованиям в амбулаторных условиях, исследованиям гликированного гемоглобина в крови).

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

2. Установить объемы предоставления медицинской помощи для медицинских организаций на 2025 год согласно приложениям 2, 3 к настоящему протоколу.

3. ТФОМС Челябинской области произвести расчет финансового обеспечения объемов предоставления медицинской помощи на 2025 год (приложения 4, 5 к настоящему протоколу) в разрезе медицинских организаций Челябинской области.

4. В связи с необходимостью выделения дополнительных финансовых средств ОМС отклонить предложения по внесению изменений в установленные объемы предоставления медицинской помощи медицинских организаций, указанных в приложении 6 к настоящему протоколу.

По второму вопросу повестки заседания Комиссии «Внесение изменений в Тарифное соглашение на 2025 год» заслушали члена Комиссии, директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области Ткачеву А.Г.:

I раздел

1. По результатам работы медицинских организаций за 12 месяцев (с декабря 2024 года по ноябрь 2025 года), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, проведена оценка достижения значений показателей результативности деятельности и ранжирование медицинских организаций:

- 8 медицинских организаций, выполнивших от 40 (включительно) до 60 процентов показателей, отнесены ко II группе;

- 66 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.

Учитывая вышеизложенное, произвести расчет суммы выплат стимулирующего характера медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с учетом показателей смертности не представляется возможным.

В целях применения коэффициентов, учитывающих выполнение медицинской организацией объемов предоставления медицинской помощи, 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

В связи с вышеизложенным, рассчитать и установить на декабрь 2025 года 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 раздела III, изложить в новой редакции приложение 13 к Тарифному соглашению.

2. В соответствии с письмом Министерства здравоохранения Челябинской области от 24.12.2025 № 01/12182 о перераспределении сумм финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2025 год (далее – сумма финансового обеспечения на 2025

год), учитывая изменение плановых объемов предоставления медицинской помощи, установить с 01.12.2025:

2.1. Суммы финансового обеспечения на 2025 год:

№ п/п	Наименование медицинской организации	Сумма финансового обеспечения, рублей
А	1	2
Медицинская помощь, оказанная в условиях дневных стационаров		
1	ГБУЗ «Районная больница г. Аша»	5 213 605,90
2	ГБУЗ «Районная больница г. Еманжелинск»	1 306 895,36
3	ГБУЗ «Городская больница им. А.П. Силаева г. Кыштым»	1 826 436,93
4	ГАУЗ «Городская больница № 1 им. Г.И. Дробышева г. Магнитогорск»	4 436 907,72
5	ФГБУЗ КБ № 71 ФМБА России	1 607 909,48
6	ГБУЗ «Областная больница г. Сатка»	3 153 559,62
7	ГБУЗ «Областная больница г. Троицк»	3 031 540,17
8	ГАУЗ ОЗП «ГКБ № 8 г. Челябинск»	4 605 197,50
9	ООО «ЦЕНТР ДИАЛИЗА»	79 663 217,12
10	ООО «ЦАД 74»	16 430 487,36
11	ООО «ЦД «Нефролюкс»	6 103 312,20
12	ГБУЗ «ЧОКБ»	19 164 470,64
Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях		
1	ООО «ЦЕНТР ДИАЛИЗА»	8 516 310,00

2.2. Дополнительные тарифы на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, в дополнение к базовой программе ОМС:

№ п/п	Наименование медицинской организации	Дополнительный тариф, рублей
А	1	2
Медицинская помощь, оказанная в условиях дневных стационаров		
1	ГБУЗ «Районная больница г. Аша»	5 763,47
2	ГБУЗ «Районная больница г. Еманжелинск»	444,96
3	ГБУЗ «Городская больница им. А.П. Силаева г. Кыштым»	683,46
4	ГАУЗ «Городская больница № 1 им. Г.И. Дробышева г. Магнитогорск»	1 243,96

№ п/п	Наименование медицинской организации	Дополнительный тариф, рублей
А	1	2
5	ФГБУЗ КБ № 71 ФМБА России	316,17
6	ГБУЗ «Областная больница г. Сатка»	688,32
7	ГБУЗ «Областная больница г. Троицк»	908,48
8	ГАУЗ ОЗП «ГКБ № 8 г. Челябинск»	302,18
9	ООО «ЦЕНТР ДИАЛИЗА»	1 136,07
10	ООО «ЦАД 74»	562,56
11	ООО «ЦД «Нефролюкс»	989,08
12	ГБУЗ «ЧОКБ»	1 385,76
Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях		
1	ООО «ЦЕНТР ДИАЛИЗА»	1 031,91

В связи с этим изложить в новой редакции приложения 18/1, 18/2 к Тарифному соглашению.

II раздел

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

1.1. Обращения собрания депутатов Златоустовского городского округа по:

- увеличению коэффициентов, применяемых при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях;
- исключению из подушевого норматива финансирования средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой врачами «узких» специальностей.

1.2. Установления тарифа на оплату диагностической услуги «Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного метода хромогенной гибридизации in situ (CISH), для определения амплификации гена HER2/neu» (обращения ГАУЗ «ЧОКЦО и ЯМ» от 22.09.2025 № 2344, от 11.11.2025 № 2924, письмо Министерства здравоохранения Челябинской области от 07.11.2025 № 01/10175).

2. Необходимо принять решения по вопросу устранения замечаний Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС), изложенных в заключении о соответствии Тарифного соглашения базовой программе ОМС, направленным письмом ФФОМС от 24.12.2025 № 00-10-26-2-06/21637, в части:

1) необоснованного увеличения на 57,7% на ноябрь 2025 объема средств на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, приводящее к риску неэффективного использования средств обязательного медицинского страхования;

2) установления дифференцированного подушевого норматива финансирования на ноябрь 2025 для федеральных медицинских организаций ниже подушевого норматива финансирования для медицинских организаций Челябинской области, расположенных в крупных городах, что противоречит Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940.

Комиссия приняла единогласное решение:

- 1) Согласовать изменения в Тарифное соглашение.
- 2) По пункту 1 раздела II вопросы отклонить.
- 3) По пункту 2 раздела II принять к сведению замечания ФФОМС.
- 4) Направить Дополнительное соглашение от 26.12.2025 № 11/190-ОМС к Тарифному соглашению сторонам, подписывающим Тарифное соглашение.

По третьему вопросу повестки заседания Комиссии «Разное» (вопросы 2025 года) заслушали члена Комиссии, директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, Ткачеву А.Г.:

1. Внести изменения в порядок контроля объемов медицинской помощи на 2025 год, утвержденный решением Комиссии:

Установить на декабрь 2025 года в рамках базовой программы ОМС контроль плановых объемов предоставления медицинской помощи на 2025 год с учетом их фактического исполнения медицинскими организациями (за исключением услуг диализной медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров), в пределах утвержденной стоимости Территориальной программы обязательного медицинского страхования, финансируемой за счет средств субвенции, предоставленной из бюджета ФФОМС.

2. Необходимо принять решения по вопросам, поступившим в адрес Комиссии, в том числе от медицинских организаций, в части:

2.1. Рассмотрения результата контрольного мероприятия Контрольно-счетной палаты Челябинской области, проведенного в ГАУЗ Ордена Знак Почета «Городская клиническая больница № 8 г. Челябинск» (письмо Министерства здравоохранения Челябинской области от 12.12.2025 № 01/11589).

2.2. Оплаты медицинской помощи ГАУЗ «ЦОМид г. Магнитогорск» случая медицинской эвакуации ребенка 16.12.2025 (дата рождения ребенка 10.11.2025), оказанной специализированной выездной бригадой анестезиологии-реанимации с эвакуацией (находился на лечении в ГАУЗ «ЦОМид г. Магнитогорск», эвакуирован в ГАУЗ ЧОДКБ) (обращение ГАУЗ «ЦОМид г. Магнитогорск» от 16.12.2025 № 2875).

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 2024 года по ноябрь 2025 года), отраженным в приложении 7 к настоящему протоколу.

Комиссия приняла единогласное решение:

1) По пункту 1 принять изменения в порядок контроля объемов медицинской помощи на 2025 год.

2) По пункту 2.1 принять к сведению результаты контрольного мероприятия Контрольно-счетной палаты Челябинской области, проведенного в ГАУЗ Ордена Знак Почета «Городская клиническая больница № 8 г. Челябинск».

3) По пункту 2.2 принять к оплате случай медицинской эвакуации ребенка, оказанной специализированной выездной бригадой анестезиологии-реанимации с эвакуацией ГАУЗ «ЦОМиД г. Магнитогорск».

4) По пункту 3 довести до сведения медицинских организаций результаты мониторинга достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций за 12 месяцев (с декабря 2024 года по ноябрь 2025 года).

Медицинским организациям принять к сведению результаты мониторинга достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций за 12 месяцев (с декабря 2024 года по ноябрь 2025 года).

По четвертому вопросу повестки заседания Комиссии «Распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями на 2026 год в пределах и на основе установленных ТППГ на 2026 – 2028 годы нормативов объемов предоставления медицинской помощи» заслушали Председателя Комиссии, Министра здравоохранения Челябинской области, Колчинскую Т.П.:

1. Объемы предоставления медицинской помощи на 2026 год по видам медицинской помощи между медицинскими организациями распределить в соответствии с установленными ТППГ на 2026 – 2028 годы 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.

2. Для установления объемов медицинской помощи на 2026 год по ТППГ на 2026 - 2028 годы принимается численность застрахованных лиц в Челябинской области по состоянию на 01.01.2025 – 3 396 226 человек.

3. Объемы предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо по ТППГ на 2026 - 2028 годы установить в рамках средних нормативов объема медицинской помощи в соответствии с проектом постановления Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» (далее – проект ПТГ на 2026 - 2028 годы).

4. Нормативы объемов предоставления медицинской помощи, установленные ТПТГ на 2026 – 2028 годы на 2026 год, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи, оказанные в медицинских организациях других субъектов Российской Федерации, гражданам, застрахованным в Челябинской области.

5. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется 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 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.

6. Установить среднюю кратность посещений в связи с заболеванием в одном обращении не менее 2,6 посещений.

7. В дополнение к базовой программе ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджета Челябинской области в бюджет ТФОМС Челябинской области, распределить объемы медицинской помощи по медицинским организациям в части:

- медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров по профилю «онкология»;

- стационарной специализированной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) по профилям медицинской помощи «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия»;

- процедуры криопереноса эмбриона в амбулаторных условиях;

- 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, 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 в родильных отделениях;

- проведения компьютерной томографии в амбулаторных условиях;

- проведения исследования гликированного гемоглобина в крови в рамках федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом» в амбулаторных условиях.

8. Не распределять объемы предоставления медицинской помощи медицинским организациям Челябинской области, включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Челябинской области в 2026 году:

8.1. По некоторым видам и условиям оказания медицинской помощи. Медицинские организации Челябинской области при подаче уведомлений об осуществлении деятельности в сфере ОМС заявили плановые объемы предоставления медицинской помощи на 2026 год ниже установленных нормативов объемов предоставления медицинской помощи ТПГГ на 2026 - 2028 годы.

В соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н распределение объемов медицинской помощи медицинской организации осуществляется Комиссией в объемах, не превышающих предложения медицинской организации, представленные медицинскими организациями государственной системы здравоохранения или муниципальной системы здравоохранения в уведомлении об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

В связи с вышеизложенным, не распределены объемы предоставления медицинской помощи:

Виды и условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Объемы медицинской помощи	Финансовое обеспечение, тыс. руб.
В амбулаторных условиях			141879,42
Консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой	консультация	273 963	115 709,40
Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с сахарным диабетом	комплексные посещения	3 294	13 381,10
Ультразвуковые исследование сердечно-сосудистой системы	исследования	14 738	12 054,72
ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия	исследования	144	734,20
В стационарных условиях			245 242,32
Медицинская реабилитация	случаи госпитализации	1 820	142 742,10
Иные профили медицинской помощи	случаи госпитализации	1 809	102 500,22
В условиях дневных стационаров			164 027,81
Оказание медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С	случаи лечения	2 277	164 027,81
Всего не распределено			551 149,55

Данные объемы предоставления медицинской помощи будут распределены в соответствии с нормативами объемов предоставления медицинской помощи, установленными ТПГГ на 2026 - 2028 годы, и доведены до медицинских организаций Челябинской области на заседании Комиссии.

8.2. Медицинским организациям, которые при подаче уведомлений об осуществлении деятельности в сфере ОМС не заявили плановые объемы предоставления медицинской помощи на 2026 год по:

- обращениям в связи с заболеванием ФГБУ «ФЦССХ» Министерства России (г. Челябинск);
- неотложной медицинской помощи ГБУЗ «ЧОКБ»;
- медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара при поликлинике ГБУЗ «ГДП г. Миасс»;
- ультразвуковым исследованиям сердечно-сосудистой системы ГБУЗ «ГДП г. Миасс».

8.3. Медицинским организациям, включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области в 2026 году, которые находятся вне территории Челябинской области, ввиду отсутствия потребности в оказании медицинской помощи в медицинских организациях, находящихся за пределами Челябинской области: ООО «М-Лайн», ООО «Ситилаб-Урал», ООО «ЛАБОРАТОРИЯ ГЕМОТЕСТ», ООО «Виталаб», ООО «Эвоген», ООО «М-Лайн Медицина», ООО «Хеликс Екатеринбург», ООО «Ситидок-Урал», «Центр восстановительной терапии им. М.А. Лиходея».

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».

8.4. По некоторым видам и условиям оказания медицинской помощи, финансируемым из средств межбюджетного трансферта, передаваемого из бюджета Челябинской области в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, в связи с планируемыми изменениями в ТПГГ на 2026 - 2028 годы:

- телемедицинским консультациям в амбулаторных условиях (врач-врач);
- исследованиям микропрепарата шейки матки методом жидкостной цитологии с целью выявления злокачественных новообразований в амбулаторных условиях;
- исследованиям кала на скрытую кровь (количественным (иммунотурбидиметрическим) методом) с целью раннего выявления колоректального рака в амбулаторных условиях.

Комиссия, рассмотрев и проанализировав предложения Министерства здравоохранения Челябинской области о распределении объемов предоставления

медицинской помощи на 2026 год между медицинскими организациями, предложения медицинских организаций, представленные в уведомлении о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи, заполненные в ГИС ОМС, приняла единогласное решение:

1. Распределить объемы предоставления медицинской помощи на 2026 год в соответствии с предложениями Министерства здравоохранения Челябинской области между медицинскими организациями в объемах, не превышающих предложения медицинских организаций, представленных в уведомлении (приложения 8, 9 к настоящему протоколу).

2. Медицинским организациям в соответствии с решением Комиссии внести плановые объемы предоставления медицинской помощи в АИС «Веб-мониторинг здравоохранения».

3. ТФОМС Челябинской области произвести расчет финансового обеспечения объемов предоставления медицинской помощи на 2026 год (приложения 10, 11 к настоящему протоколу) в разрезе медицинских организаций Челябинской области.

4. Не распределять объемы предоставления медицинской помощи медицинским организациям Челябинской области, включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Челябинской области в 2026 году:

4.1. По видам и условиям оказания медицинской помощи заявленным медицинскими организациями Челябинской области при подаче уведомлений об осуществлении деятельности в сфере ОМС ниже установленных нормативов объемов предоставления медицинской помощи ТПГТ на 2026 - 2028 годы:

Виды и условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Объемы медицинской помощи	Финансовое обеспечение, тыс. руб.
В амбулаторных условиях			141879,42
Консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой	консультация	273 963	115 709,40
Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с сахарным диабетом	комплексные посещения	3 294	13 381,10
Ультразвуковые исследование сердечно-сосудистой системы	исследования	14 738	12 054,72
ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия	исследования	144	734,20
В стационарных условиях			245 242,32
Медицинская реабилитация	случаи госпитализации	1 820	142 742,10
Иные профили медицинской помощи	случаи госпитализации	1 809	102 500,22
В условиях дневных стационаров			164 027,81
Оказание медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С	случаи лечения	2 277	164 027,81
Всего не распределено			551 149,55

4.2. Медицинским организациям, которые при подаче уведомлений об осуществлении деятельности в сфере ОМС не заявили плановые объемы предоставления медицинской помощи на 2026 год по:

- обращениям в связи с заболеванием ФГБУ «ФЦССХ» Министерства России (г. Челябинск);
- неотложной медицинской помощи ГБУЗ «ЧОКБ»;
- медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара при поликлинике ГБУЗ «ГДП г. Миасс»;
- ультразвуковым исследованиям сердечно-сосудистой системы ГБУЗ «ГДП г. Миасс».

4.3. Медицинским организациям, включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области в 2026 году, которые находятся вне территории Челябинской области, ввиду отсутствия потребности в оказании медицинской помощи в медицинских организациях, находящихся за пределами Челябинской области: ООО «М-Лайн», ООО «Ситилаб-Урал», ООО «ЛАБОРАТОРИЯ ГЕМОТЕСТ», ООО «Виталаб», ООО «Эвоген», ООО «М-Лайн Медицина», ООО «Хеликс Екатеринбург», ООО «Ситидок-Урал», «Центр восстановительной терапии им. М.А. Лиходея».

4.4. В связи с планируемыми внесениями изменений в ТПГГ на 2026 - 2028 годы, в части видов и условий оказания медицинской помощи, финансируемых из средств межбюджетного трансферта, передаваемого из бюджета Челябинской области в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области по:

- телемедицинским консультациям в амбулаторных условиях (врач-врач);
- исследованиям микропрепарата шейки матки методом жидкостной цитологии с целью выявления злокачественных новообразований в амбулаторных условиях;
- исследованиям кала на скрытую кровь (количественным (иммунотурбидиметрическим) методом) с целью раннего выявления колоректального рака в амбулаторных условиях.

По пятому вопросу повестки заседания «Контроль объемов предоставления медицинской помощи и финансового обеспечения объемов медицинской помощи в 2026 году» заслушали члена Комиссии, директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, Ткачеву А.Г.:

5.1. Установить в пределах утвержденных объемов предоставления медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС:

В пределах утвержденных ежемесячных объемов:

- в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров (за исключением профиля медицинской помощи «инфекционные болезни»);
- в амбулаторных условиях по:

- обращениям в связи с заболеванием и посещениям с профилактической и иными целями для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании, по видам медицинской помощи оплачиваемым за единицу объема;
- медицинской реабилитации;
- стоматологической медицинской помощи;
- передвижным формам предоставления медицинской помощи (мобильные бригады);
- медицинской помощи, оказанной консультативно-диагностическими центрами;
- медицинской помощи в неотложной форме, включая стоматологическую медицинскую помощь;
- посещениям в центрах амбулаторно-онкологической помощи (далее – ЦАОП).

- по отдельным лабораторным (диагностическим) исследованиям, оказанным в амбулаторных условиях:

- компьютерной томографии (в т.ч. в ЦАОП);
- магнитно-резонансной томографии (в т.ч. в ЦАОП);
- ультразвуковым исследованиям сердечно-сосудистой системы;
- эндоскопическим диагностическим исследованиям (в т.ч. 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 (в т.ч. в ЦАОП);
- позитронно-эмиссионной томографии и (или) позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) при онкологических заболеваниях;
- однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), включая сцинтиграфию скелета (в т.ч. в ЦАОП);
- определению РНК - вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции;
- лабораторной диагностике пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);
- ультразвуковому скринингу в 1 и 2 триместрах беременности;
- базовому биохимическому скринингу в 1 триместре беременности, расширенному биохимическому скринингу в 1 триместре беременности;
- исследованиям на наличие респираторных инфекций, включая вирус гриппа;
- иным лабораторным (диагностическим) исследованиям в ЦАОП – по каждому виду исследований.

- медицинской помощи с проведением заместительной почечной терапии методами диализа в условиях дневных стационаров.

В пределах утвержденных годовых объемов:

- высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) - по каждому методу лечения ВМП в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров.

- по профилю медицинской помощи «инфекционные болезни» в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров.

- в амбулаторных условиях по:

- обращения в связи с заболеваниями, посещениям с профилактической и иными целями для медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области;
- посещениям с профилактическими целями центров здоровья взрослого населения;
- консультациям с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой;
- консультациям с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями;
- диспансерному наблюдению;
- диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения (детей - сирот), участников ВОВ, по оценке репродуктивного здоровья женщин и мужчин, углубленной диспансеризации;
- профилактическим медицинским осмотрам взрослого и детского застрахованного населения (несовершеннолетних);
- дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациентов при заболеваниях сахарным диабетом и артериальной гипертензией;
- комплексным посещениям в части ведения школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, включая школы сахарного диабета;

- скорой медицинской помощи:

- вызовам, включая вызовы с проведением тромболитической терапии, выездных бригад экстренной и планово-консультативной медицинской помощи;

- медицинской помощи с проведением заместительной почечной терапии методами диализа в амбулаторных условиях, в стационарных условиях.

5.2. Установить в пределах утвержденных объемов предоставления медицинской помощи в дополнение к базовой программе ОМС:

В пределах утвержденных ежемесячных объемов:

- оказанных в стационарных условиях пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) по профилю медицинской помощи «онкология»;

- оказанных в условиях дневных стационаров по профилю медицинской помощи «онкология»;

- оказанных в амбулаторных условиях в части проведения процедуры криопереноса эмбриона, медицинской помощи по решениям врачебной комиссии (зубопротезирование);

- по отдельным лабораторным (диагностическим) исследованиям, оказанным в амбулаторных условиях: компьютерной томографии без контрастирования, патологоанатомическим исследованиям операционно-биопсийного материала (гистологических исследований), за исключением выявления онкологических заболеваний (в т.ч. в ЦАОП) отдельно по каждому виду исследования.

В пределах утвержденных годовых объемов:

- по отдельным лабораторным (диагностическим) исследованиям:
 - патологоанатомическим исследованиям операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) в стационарных условиях;
 - исследованиям гликированного гемоглобина в крови в рамках федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом» в амбулаторных условиях.

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

Комиссия приняла единогласное решение утвердить на 2026 год порядок контроля объемов предоставления медицинской помощи и финансового обеспечения объемов предоставления медицинской помощи.

По шестому вопросу повестки заседания Комиссии «Порядок перераспределения в 2026 году объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в пределах утвержденных объемов медицинской помощи», заслушали члена Комиссии, директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, Ткачеву А.Г.:

1. Перераспределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями осуществлять в соответствии с Правилами ОМС (утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н), приказами Министерства здравоохранения Челябинской области по маршрутизации.

2. При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного ТФОМС Челябинской области медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в ТФОМС Челябинской области отклоненные ранее 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 213 Правил ОМС).

3. В случае превышения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных медицинской организации решением Комиссии, медицинская организация в течение пяти рабочих дней после получения заключения по результатам медико-экономического контроля обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи (пункт 216 Правил ОМС).

Предложения по внесению изменений в утвержденные Комиссией объемы медицинской помощи медицинские организации должны направлять на электронные адреса: tpgg@minzdrav.gov74.ru; mail@foms74.ru;

terprogramma@foms74.ru.

Комиссия приняла единогласное решение утвердить порядок перераспределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в пределах утвержденных объемов медицинской помощи на 2026 год.

По седьмому вопросу повестки заседания Комиссии «Утверждение проекта Тарифного соглашения на 2026 год», заслушали члена Комиссии, директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, Ткачеву А.Г.:

1. Утвердить проект Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области на 2026 год (далее - Тарифное соглашение на 2026 год) в соответствии с:

- Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год (далее - Программа государственных гарантий);

- Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постановлением Правительства Челябинской области от 19.12.2025 № 826-П (далее – Территориальная программа);

- 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, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Методические рекомендации).

I. Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, с 01.01.2026:

1. В связи с утверждением приказов Министерства здравоохранения Челябинской области от 25.12.2025 № 924 «О совершенствовании работы консультативно-диагностических центров для детей на территории Челябинской области», от 25.12.2025 № 930 «О совершенствовании работы консультативно-диагностических центров Челябинской области» (далее – КДЦ):

1.1. Установить тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в КДЦ неприкрепленному населению медицинской организации, на базе которой функционирует КДЦ:

рублей

№ п/п	Код тарифа	Наименование тарифа	Тип	Профиль медицинской помощи V002	Медицинская специальность V021	Лечебно- диагностическая цель	
						Тариф за посещение	Тариф за обращение
А	1	2	3	4	5	6	7
1	1665	Врач акушер-гинеколог КДЦ	взр	акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)	акушерство и гинекология	1 106,00	2 212,00
2	1685	Врач акушер-гинеколог КДЦ	дет	акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)	акушерство и гинекология	1 106,00	2 212,00
3	1666	Врач аллерголог- иммунолог КДЦ	взр	аллергологии и иммунологии	аллергология и иммунология	1 106,00	2 212,00
4	1686	Врач аллерголог- иммунолог КДЦ	дет	аллергологии и иммунологии	аллергология и иммунология	1 106,00	2 212,00
5	1667	Врач гастроэнтеролог КДЦ	взр	гастроэнтерологии	гастроэнтеро- логия	1 106,00	2 212,00
6	1687	Врач гастроэнтеролог КДЦ	дет	гастроэнтерологии	гастроэнтеро- логия	1 106,00	2 212,00
7	3870	Врач гематолог КДЦ	взр	гематологии	гематология	1 106,00	2 212,00
8	3871	Врач гематолог КДЦ	дет	гематологии	гематология	1 106,00	2 212,00
9	3362	Врач гериатр КДЦ	взр	гериатрии	гериатрия	1 106,00	2 212,00
10	3363	Врач дерматовенеролог КДЦ	взр	дерматовенеролог ии	дерматовене- рология	1 106,00	2 212,00
11	3872	Врач детский кардиолог (комплексное обследование сердечно-сосудистой системы) КДЦ	дет	детской кардиологии	детская кардиология	1 158,00	2 316,00
12	1688	Врач детский кардиолог КДЦ	дет	детской кардиологии	детская кардиология	1 106,00	2 212,00
13	3873	Врач детский онколог КДЦ	дет	детской онкологии	детская онкология	1 106,00	2 212,00
14	1695	Врач детский уролог- андролог КДЦ	дет	детской урологии- андрологии	детская урология- андрология	1 106,00	2 212,00

№ п/п	Код тарифа	Наименование тарифа	Тип	Профиль медицинской помощи V002	Медицинская специальность V021	Лечебно-диагностическая цель	
						Тариф за посещение	Тариф за обращение
A	1	2	3	4	5	6	7
15	1696	Врач детский хирург КДЦ	дет	детской хирургии	детская хирургия	1 106,00	2 212,00
16	1697	Врач детский эндокринолог КДЦ	дет	детской эндокринологии	детская эндокринология	1 106,00	2 212,00
17	3874	Врач инфекционист (с исследованием на фиброскане) КДЦ	взр	инфекционным болезням	инфекционные болезни	1 106,00	
18	1698	Врач инфекционист КДЦ	дет	инфекционным болезням	инфекционные болезни	1 106,00	2 212,00
19	3875	Врач кардиолог (комплексное обследование сердечно-сосудистой системы) КДЦ	взр	кардиологии	кардиология	1 158,00	2 316,00
20	1670	Врач кардиолог КДЦ	взр	кардиологии	кардиология	1 106,00	2 212,00
21	1682	Врач колопроктолог КДЦ	взр	колопроктологии	колопроктология	1 106,00	2 212,00
22	1671	Врач невролог КДЦ	взр	неврологии	неврология	1 106,00	2 212,00
23	1689	Врач невролог КДЦ	дет	неврологии	неврология	1 106,00	2 212,00
24	1672	Врач нейрохирург КДЦ	взр	нейрохирургии	нейрохирургия	1 106,00	2 212,00
25	3876	Врач нейрохирург КДЦ	дет	нейрохирургии	нейрохирургия	1 106,00	2 212,00
26	1673	Врач нефролог КДЦ	взр	нефрологии	нефрология	1 106,00	2 212,00
27	1690	Врач нефролог КДЦ	дет	нефрологии	нефрология	1 106,00	2 212,00
28	3878	Врач онколог (проведение консилиума врачей) КДЦ	взр	онкологии	онкология	1 420,00	
29	3877	Врач онколог КДЦ	взр	онкологии	онкология	1 106,00	2 212,00
30	3879	Врач онколог-химиотерапевт КДЦ	взр	онкологии	онкология	1 106,00	2 212,00
31	1674	Врач оториноларинголог КДЦ	взр	оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации)	оториноларингология	1 106,00	2 212,00
32	1699	Врач оториноларинголог КДЦ	дет	оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации)	оториноларингология	1 106,00	2 212,00
33	3880	Врач офтальмолог (фокальная лазерная коагуляция пациентам с сахарным диабетом) КДЦ	взр	офтальмологии	офтальмология	2 211,00	

№ п/п	Код тарифа	Наименование тарифа	Тип	Профиль медицинской помощи V002	Медицинская специальность V021	Лечебно-диагностическая цель	
						Тариф за посещение	Тариф за обращение
A	1	2	3	4	5	6	7
34	1675	Врач офтальмолог КДЦ	взр	офтальмологии	офтальмология	1 106,00	2 212,00
35	1691	Врач офтальмолог КДЦ	дет	офтальмологии	офтальмология	1 106,00	2 212,00
36	3881	Врач педиатр (кабинет катамнеза) КДЦ	дет	педиатрии	педиатрия	1 346,00	2 692,00
37	2285	Врач педиатр КДЦ	дет	педиатрии	педиатрия	1 106,00	2 212,00
38	3882	Врач пульмонолог (областного пульмонологического центра) КДЦ	взр	пульмонологии	пульмонология	1 528,00	
39	1676	Врач пульмонолог КДЦ	взр	пульмонологии	пульмонология	1 106,00	2 212,00
40	1692	Врач пульмонолог КДЦ	дет	пульмонологии	пульмонология	1 106,00	2 212,00
41	3883	Врач радиолог КДЦ	взр	радиологии	радиология	1 106,00	2 212,00
42	1677	Врач ревматолог КДЦ	взр	ревматологии	ревматология	1 106,00	2 212,00
43	1693	Врач ревматолог КДЦ	дет	ревматологии	ревматология	1 106,00	2 212,00
44	1678	Врач сердечно-сосудистый хирург КДЦ	взр	сердечно-сосудистой хирургии	сердечно-сосудистая хирургия	1 106,00	2 212,00
45	3884	Врач сердечно-сосудистый хирург КДЦ	дет	сердечно-сосудистой хирургии	сердечно-сосудистая хирургия	1 106,00	2 212,00
46	3887	Врач сурдолог-оториноларинголог (с проведением II этапа аудиологического скрининга) КДЦ	дет	сурдологии-оториноларингологии	сурдология-оториноларингология	1 787,00	3 574,00
47	3885	Врач сурдолог-оториноларинголог КДЦ	взр	сурдологии-оториноларингологии	сурдология-оториноларингология	1 106,00	2 212,00
48	3886	Врач сурдолог-оториноларинголог КДЦ	дет	сурдологии-оториноларингологии	сурдология-оториноларингология	1 106,00	2 212,00
49	3888	Врач терапевт КДЦ	взр	терапии	терапия	1 106,00	2 212,00
50	1679	Врач травматолог-ортопед КДЦ	взр	травматологии и ортопедии	травматология и ортопедия	1 106,00	2 212,00
51	1694	Врач травматолог-ортопед КДЦ	дет	травматологии и ортопедии	травматология и ортопедия	1 106,00	2 212,00
52	1680	Врач уролог КДЦ	взр	урологии	урология	1 106,00	2 212,00
53	1681	Врач хирург КДЦ	взр	хирургии	хирургия	1 106,00	2 212,00
54	3889	Врач челюстно-лицевой хирург КДЦ	взр	челюстно-лицевой хирургии	челюстно-лицевая хирургия	1 106,00	2 212,00

№ п/п	Код тарифа	Наименование тарифа	Тип	Профиль медицинской помощи V002	Медицинская специальность V021	Лечебно-диагностическая цель	
						Тариф за посещение	Тариф за обращение
A	1	2	3	4	5	6	7
55	3890	Врач челюстно-лицевой хирург КДЦ	дет	челюстно-лицевой хирургии	челюстно-лицевая хирургия	1 106,00	2 212,00
56	1683	Врач эндокринолог КДЦ	взр	эндокринологии	эндокринология	1 106,00	2 212,00

(приложение 9/5 к Тарифному соглашению на 2026 год).

В связи с установлением нормативов объемов предоставления медицинской помощи и финансовых затрат на оплату проведенных исследований в части определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), тариф на оплату медицинской помощи «Врач инфекционист (с исследованием на фиброскане) КДЦ» установить в размере 1106,00 рублей, равном тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой иными врачами специалистами.

1.2. Упразднить тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (в поликлинике, на дому):

№ п/п	Код тарифа	Наименование тарифа	Тип
A	1	2	3
1	1590	Акушер-гинеколог (консультативно-диагностический прием)	взр
2	2297	Акушер-гинеколог (консультативно-диагностический прием)	дет
3	1591	Аллерголог-иммунолог (консультативно-диагностический прием)	взр
4	2298	Аллерголог-иммунолог (консультативно-диагностический прием)	дет
5	1592	Гастроэнтеролог (консультативно-диагностический прием)	взр
6	1305	Гастроэнтеролог (консультативно-диагностический прием)	дет
7	1593	Гематолог (консультативно-диагностический прием)	взр
8	1306	Гематолог (консультативно-диагностический прием)	дет
9	1629	Детский кардиолог (комплексное обследование сердечно-сосудистой системы)	дет
10	1307	Детский кардиолог (консультативно-диагностический прием)	дет
11	1308	Детский онколог (консультативно-диагностический прием)	дет
12	2299	Детский уролог-андролог (консультативно-диагностический прием)	дет
13	2300	Детский хирург (консультативно-диагностический прием)	дет
14	2301	Детский эндокринолог (консультативно-диагностический прием)	дет
15	2108	Инфекционист (с исследованием на фиброскане)	взр
16	1429	Кардиолог (комплексное обследование сердечно-сосудистой системы)	взр
17	1594	Кардиолог (консультативно-диагностический прием)	взр
18	1595	Колопроктолог (консультативно-диагностический прием)	взр
19	1596	Невролог (консультативно-диагностический прием)	взр
20	2302	Невролог (консультативно-диагностический прием)	дет

№ п/п	Код тарифа	Наименование тарифа	Тип
А	1	2	3
21	1597	Нейрохирург (консультативно-диагностический прием)	взр
22	1328	Нейрохирург (консультативно-диагностический прием)	дет
23	1598	Нефролог (консультативно-диагностический прием)	взр
24	2303	Нефролог (консультативно-диагностический прием)	дет
25	2296	Онколог (консультативно-диагностический прием)	взр
26	3141	Онколог (проведение консилиума врачей)	взр
27	1168	Онколог-химиотерапевт (консультативно-диагностический прием)	взр
28	1599	Оториноларинголог (консультативно-диагностический прием)	взр
29	2304	Оториноларинголог (консультативно-диагностический прием)	дет
30	3169	Офтальмолог (консультативно-диагностический прием пациентов с сахарным диабетом)	взр
31	1600	Офтальмолог (консультативно-диагностический прием)	взр
32	2305	Офтальмолог (консультативно-диагностический прием)	дет
33	3170	Офтальмолог (фокальная лазерная коагуляция пациентам с сахарным диабетом)	взр
34	2290	Педиатр (кабинет катамнеза)	дет
35	2306	Педиатр (консультативно-диагностический прием)	дет
36	1601	Пульмонолог (консультативно-диагностический прием)	взр
37	2307	Пульмонолог (консультативно-диагностический прием)	дет
38	3168	Пульмонолог (областного пульмонологического центра)	взр
39	2311	Радиолог (консультативно-диагностический прием)	взр
40	1602	Ревматолог (консультативно-диагностический прием)	взр
41	2308	Ревматолог (консультативно-диагностический прием)	дет
42	1603	Сердечно-сосудистый хирург (консультативно-диагностический прием)	взр
43	3265	Сердечно-сосудистый хирург (консультативно-диагностический прием)	дет
44	1604	Сурдолог-оториноларинголог (консультативно-диагностический прием)	взр
45	2309	Сурдолог-оториноларинголог (консультативно-диагностический прием)	дет
46	2111	Сурдолог-оториноларинголог (с проведением II этапа аудиологического скрининга)	дет
47	1605	Терапевт (консультативно-диагностический прием)	взр
48	1606	Травматолог-ортопед (консультативно-диагностический прием)	взр
49	1309	Травматолог-ортопед (консультативно-диагностический прием)	дет
50	1607	Уролог (консультативно-диагностический прием)	взр
51	1608	Хирург (консультативно-диагностический прием)	взр
52	1609	Челюстно-лицевой хирург (консультативно-диагностический прием)	взр
53	2310	Челюстно-лицевой хирург (консультативно-диагностический прием)	дет
54	1610	Эндокринолог (консультативно-диагностический прием)	взр

2. В рамках оплаты медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий маломобильным гражданам, имеющим физические ограничения, а также жителям отдаленных малонаселенных районов:

2.1. Установить тарифы на оплату консультаций, оказанных с применением телемедицинских технологий в КДЦ маломобильным гражданам, имеющим

физические ограничения, а также жителям отдаленных малонаселенных районов при дистанционном взаимодействии медицинских работников медицинских организаций с пациентами или их законными представителями:

рублей

№ п/п	Код	Наименование тарифа	Тип	Профиль медицинской помощи V002	Медицинская специальность V021	Тариф на оплату МП за консультацию с лечебно- диагностической целью
А	1	2	3	4	5	6
1	3819	Акушер-гинеколог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)	акушерство и гинекология	371,00
2	3820	Акушер-гинеколог КДЦ (с применением ТМТ)	дет	акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)	акушерство и гинекология	371,00
3	3821	Аллерголог-иммунолог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	аллергологии и иммунологии	аллергология и иммунология	371,00
4	3822	Аллерголог-иммунолог КДЦ (с применением ТМТ)	дет	аллергологии и иммунологии	аллергология и иммунология	371,00
5	3824	Гастроэнтеролог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	гастроэнтеро- логии	гастроэнтеро- логия	371,00
6	3825	Гастроэнтеролог КДЦ (с применением ТМТ)	дет	гастроэнтеро- логии	гастроэнтеро- логия	371,00
7	3826	Гематолог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	гематологии	гематология	371,00
8	3827	Гематолог КДЦ (с применением ТМТ)	дет	гематологии	гематология	371,00
9	3828	Гериатр КДЦ (с применением ТМТ)	взр	гериатрии	гериатрия	371,00
10	3830	Дерматовенеролог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	дерматовене- рологии	дерматовене- рология	371,00
11	3831	Дерматовенеролог КДЦ (с применением ТМТ)	дет	дерматовене- рологии	дерматовене- рология	371,00
12	3832	Детский кардиолог КДЦ (с применением ТМТ)	дет	детской кардиологии	детская кардиология	371,00
13	3833	Детский онколог КДЦ (с применением ТМТ)	дет	детской онкологии	детская онкология	371,00
14	3834	Детский уролог-андролог КДЦ (с применением ТМТ)	дет	детской урологии-	детская урология-	371,00

№ п/п	Код	Наименование тарифа	Тип	Профиль медицинской помощи V002	Медицинская специальность V021	Тариф на оплату МП за консультацию с лечебно- диагностической целью
А	1	2	3	4	5	6
				андрологии	андрология	
15	3835	Детский хирург КДЦ (с применением ТМТ)	дет	детской хирургии	детская хирургия	371,00
16	3836	Детский эндокринолог КДЦ (с применением ТМТ)	дет	детской эндокринологии	детская эндокринология	371,00
17	3837	Инфекционист КДЦ (с применением ТМТ)	взр	инфекционным болезням	инфекционные болезни	371,00
18	3838	Инфекционист КДЦ (с применением ТМТ)	дет	инфекционным болезням	инфекционные болезни	371,00
19	3839	Кардиолог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	кардиологии	кардиология	371,00
20	3840	Колопроктолог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	колопроктологии	колопрокто- логия	371,00
21	3841	Невролог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	неврологии	неврология	371,00
22	3842	Невролог КДЦ (с применением ТМТ)	дет	неврологии	неврология	371,00
23	3843	Нейрохирург КДЦ (с применением ТМТ)	взр	нейрохирургии	нейрохирургия	371,00
24	3844	Нейрохирург КДЦ (с применением ТМТ)	дет	нейрохирургии	нейрохирургия	371,00
25	3846	Нефролог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	нефрологии	нефрология	371,00
26	3847	Нефролог КДЦ (с применением ТМТ)	дет	нефрологии	нефрология	371,00
27	3848	Онколог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	онкологии	онкология	371,00
28	3849	Оториноларинголог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	оториноларингол огии (за исключением кохlearной имплантации)	оториноларин- гология	371,00
29	3851	Оториноларинголог КДЦ (с применением ТМТ)	дет	оториноларингол огии (за исключением кохlearной имплантации)	оториноларин- гология	371,00
30	3852	Офтальмолог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	офтальмологии	офтальмология	371,00
31	3853	Офтальмолог КДЦ (с применением ТМТ)	дет	офтальмологии	офтальмология	371,00
32	3854	Пульмонолог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	пульмонологии	пульмонология	371,00
33	3855	Пульмонолог КДЦ (с применением ТМТ)	дет	пульмонологии	пульмонология	371,00
34	3856	Радиолог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	радиологии	радиология	371,00

№ п/п	Код	Наименование тарифа	Тип	Профиль медицинской помощи V002	Медицинская специальность V021	Тариф на оплату МП за консультацию с лечебно-диагностической целью
A	1	2	3	4	5	6
35	3857	Ревматолог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	ревматологии	ревматология	371,00
36	3858	Ревматолог КДЦ (с применением ТМТ)	дет	ревматологии	ревматология	371,00
37	3859	Сердечно-сосудистый хирург КДЦ (с применением ТМТ)	взр	сердечно-сосудистой хирургии	сердечно-сосудистая хирургия	371,00
38	3860	Сурдолог-оториноларинголог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	сурдологии-оториноларингологии	сурдология-оториноларингология	371,00
39	3861	Сурдолог-оториноларинголог КДЦ (с применением ТМТ)	дет	сурдологии-оториноларингологии	сурдология-оториноларингология	371,00
40	3862	Травматолог-ортопед КДЦ (с применением ТМТ)	взр	травматологии и ортопедии	травматология и ортопедия	371,00
41	3863	Травматолог-ортопед КДЦ (с применением ТМТ)	дет	травматологии и ортопедии	травматология и ортопедия	371,00
42	3864	Уролог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	урологии	урология	371,00
43	3865	Хирург КДЦ (с применением ТМТ)	взр	хирургии	хирургия	371,00
44	3866	Челюстно-лицевой хирург КДЦ (с применением ТМТ)	взр	челюстно-лицевой хирургии	челюстно-лицевая хирургия	371,00
45	3867	Челюстно-лицевой хирург КДЦ (с применением ТМТ)	дет	челюстно-лицевой хирургии	челюстно-лицевая хирургия	371,00
46	3850	Эндокринолог КДЦ (с применением ТМТ)	взр	эндокринологии	эндокринология	371,00

(таблица 2 приложения 9/6 к Тарифному соглашению на 2026 год).

2.2. В связи с установлением вышеуказанных тарифов на оплату медицинской помощи, упразднить тарифы на оплату дистанционных консультаций в амбулаторных условиях, оказанных с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени взрослому и детскому застрахованному населению, для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи:

рублей

№ п/п	Код тарифа	Наименование тарифа	Вид
A	1	2	3
1	2991	Акушер-гинеколог (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	взр
2	3508	Аллерголог-иммунолог (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	взр

№ п/п	Код тарифа	Наименование тарифа	Вид
A	1	2	3
3	2997	Гастроэнтеролог (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	взр
4	2998	Гастроэнтеролог (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	дет
5	3058	Гематолог (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	взр
6	3059	Гематолог (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	дет
7	3063	Детский онколог (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	дет
8	3066	Детский эндокринолог (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	дет
9	3067	Кардиолог (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	взр
10	3068	Невролог (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	взр
11	3069	Невролог (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	дет
12	3071	Нефролог (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	взр
13	3072	Нефролог (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	дет
14	3073	Онколог (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	взр
15	3081	Пульмонолог (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	дет
16	3083	Ревматолог (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	взр
17	3088	Травматолог-ортопед (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	дет
18	3092	Эндокринолог (консультативно-диагностический прием) (с применением ТМТ)	взр

Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, не устанавливать до получения Методических рекомендаций, письма Министерства здравоохранения Российской Федерации о формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026-2028 годы.

3. В рамках оплаты медицинской помощи, оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в школах для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школах для беременных и по вопросам грудного вскармливания:

3.1. Установить тарифы на оплату медицинской помощи:

рублей

№	Код тарифа	Наименование тарифа	Тип	Профиль медицинской помощи V002	Медицинская специальность V021	Тариф на оплату комплексного посещения с профилакт. целью	
						в поликлинике	на дому
A	1	2	3	4	5	6	7
1	3195	Школа для пациентов с сахарным диабетом 1 типа	взр	эндокринологии	Эндокринология	1 579,80	
2	3915	Школа для пациентов с сахарным диабетом 1 типа (с применением ТМТ)	взр	эндокринологии	эндокринология		1 579,80
3	3196	Школа для пациентов с сахарным диабетом 2 типа	взр	эндокринологии	эндокринология	1 579,80	
4	3916	Школа для пациентов с сахарным диабетом 2 типа (с применением ТМТ)	взр	эндокринологии	эндокринология		1 579,80
5	3197	Школа для пациентов с сахарным диабетом	дет	детской эндокринологии	детская эндокринология	1 579,80	
6	3917	Школа для пациентов с сахарным диабетом (с применением ТМТ)	дет	детской эндокринологии	детская эндокринология		1 579,80
7	3891	Школа для беременных и по вопросам грудного вскармливания	взр	акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)	акушерство и гинекология	301,70	
8	3892	Школа для беременных и по вопросам грудного вскармливания (с применением ТМТ)	взр	акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)	акушерство и гинекология		301,70
9	3893	Школа для больных с артериальной гипертензией	взр	терапии	терапия	497,70	
10	3894	Школа для больных с артериальной гипертензией (с применением ТМТ)	взр	терапии	терапия		497,70

№	Код тарифа	Наименование тарифа	Тип	Профиль медицинской помощи V002	Медицинская специальность V021	Тариф на оплату комплексного посещения с профилактич.целью	
						в поликлинике	на дому
А	1	2	3	4	5	6	7
11	3895	Школа для больных с сердечной недостаточностью	взр	терапии	терапия	497,70	
12	3896	Школа для больных с сердечной недостаточностью (с применением ТМТ)	взр	терапии	терапия		497,70
13	3897	Школа для больных с бронхиальной астмой	взр	терапии	терапия	497,70	
14	3898	Школа для больных с бронхиальной астмой (с применением ТМТ)	взр	терапии	терапия		497,70
15	3899	Школа для пациентов с ишемической болезнью сердца	взр	терапии	терапия	398,20	
16	3900	Школа для пациентов с ишемической болезнью сердца (с применением ТМТ)	взр	терапии	терапия		398,20
17	3901	Школа для пациентов хронической болезнью почек	взр	терапии	терапия	398,20	
18	3902	Школа для пациентов хронической болезнью почек (с применением ТМТ)	взр	терапии	терапия		398,20
19	3903	Школа для пациентов по здоровому образу жизни	взр	терапии	терапия	398,20	
20	3904	Школа для пациентов по здоровому образу жизни (с применением ТМТ)	взр	терапии	терапия		398,20
21	3905	Школа для пациентов с избыточной массой тела и ожирением	взр	терапии	терапия	398,20	
22	3906	Школа для пациентов с избыточной массой тела и ожирением (с применением ТМТ)	взр	терапии	терапия		398,20

(приложение 9/11 к Тарифному соглашению на 2026 год).

3.2. Упразднить тариф на оплату медицинской помощи «Школа для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями» (взр) (код тарифа 3495).

4. В рамках оплаты медицинской помощи, оказываемой детскому застрахованному населению в центрах здоровья:

4.1. Установить тариф на оплату вышеуказанной медицинской помощи за посещение:

рублей

№ п/п	Код	Наименование тарифа	Тип	Профиль медицинской помощи V002	Медицинская специальность V021	Тариф на оплату МП за посещение с профилактической целью
А	1	2	3	4	5	6
1	3845	Врач центра здоровья	дет	педиатрии	педиатрия	918,00

4.2. Упразднить тариф на оплату медицинской помощи «Комплексное посещение в центре здоровья» (дет) (код тарифа 3378) (приложение 9/12 к Тарифному соглашению на 2026 год).

5. Установить тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной на дому взрослому застрахованному населению, при дистанционном наблюдении за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом:

рублей

№ п/п	Код тарифа	Наименование тарифа	Тип	Профиль медицинской помощи V002	Медицинская специальность V021	Тариф на оплату комплексного посещения с лечебно-диагностической целью
А	1	2	3	4	5	6
1	3868	Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией	взр	терапии	терапия	283,00
2	3869	Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с сахарным диабетом	взр	терапии	терапия	330,00

(приложение 9/13 к Тарифному соглашению на 2026 год).

6. В рамках оплаты диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья:

6.1. Установить тарифы на оплату диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (данные тарифы соответствуют тарифам, действовавшим в 2025 году, при этом:

- не содержат цитологических исследований,
- определения ДНК-вирусов папилломы человека (Papilloma virus) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом полимеразной цепной реакции установлены в I этапе (25, 30, 35, 40, 45 лет), исключены из II этапа,
- учитывают проведение жидкостного цитологического исследования микропрепарата шейки матки при положительном результате анализа на вирус папилломы человека):

рублей

№ п/п	Код тарифа	Наименование тарифа	Профиль медицинской помощи V002	Медицинская специальность V021	Тариф на оплату мед.помощи
A	1	2	3	4	5
I этап диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья					
1	3310	Комп. посещ. дисп. по оценке репродуктивного здоровья (I эт) (ж) (30, 35, 40, 45)	акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)	акушерство и гинекология	1 518,40
2	3309	Комп. посещ. дисп. по оценке репродуктивного здоровья (I эт) (ж) (31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49)	акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)	акушерство и гинекология	521,80
3	3816	Комп. посещ. дисп. по оценке репродуктивного здоровья (I эт) (ж) (18,19,20,21,22,23,24,26,27, 28,29)	акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)	акушерство и гинекология	1 102,50
4	3817	Комп. посещ. дисп. по оценке репродуктивного здоровья (I эт) (ж) (25)	акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)	акушерство и гинекология	2 099,10
5	3303	Комп. посещ. дисп. по оценке репродуктивного здоровья (I эт) (м) (18-49 лет)	урологии	урология	324,00
II этап диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья					
1	3306	II эт. дисп.по оценке репродуктивного здоровья. Лабор. иссл. в целях выявл. инфекц. заболевл. орган.мал.таза методом ПЦР (м)	клинической лабораторной диагностике	клиническая лабораторная диагностика	580,70
2	3286	II эт. дисп.по оценке репродуктивного здоровья. Лабор. иссл. в целях выявл. инфекц. заболевл. орган.мал.таза методом ПЦР (ж)	клинической лабораторной диагностике	клиническая лабораторная диагностика	580,70
3	3312	II эт. дисп. по оценке репродукт. здоровья. УЗИ органов малого таза	ультразвуковой диагностике	ультразву-ковая диагностика	705,20

№ п/п	Код тарифа	Наименование тарифа	Профиль медицинской помощи V002	Медицинская специальность V021	Тариф на оплату мед.помощи
4	3289	II эт. дисп. по оценке репродукт. здоровья. УЗИ молочных желез	ультразвуковой диагностике	ультразвуковая диагностика	362,20
5	3314	II эт. дисп. по оценке репродукт. здоровья. Прием (осмотр) врачом-акушером-гинекологом	акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)	акушерство и гинекология	369,00
6	3291	II эт. дисп. по оценке репродукт. здоровья. Спермограмма	клинической лабораторной диагностике	клиническая лабораторная диагностика	547,90
7	3293	II эт. дисп. по оценке репродукт. здоровья. Микроскопическое исследование микрофлоры (м)	клинической лабораторной диагностике	клиническая лабораторная диагностика	152,80
8	3294	II эт. дисп. по оценке репродукт. здоровья. УЗИ предстательной железы и органов мошонки	ультразвуковой диагностике	ультразвуковая диагностика	554,70
9	3295	II эт. дисп. по оценке репродукт. здоровья. Прием (осмотр) врачом-урологом	урологии	урология	324,00
10	3296	II эт. дисп. по оценке репродукт. здоровья. Прием (осмотр) врачом-хирургом	хирургии	хирургия	324,00

(таблица 4 приложения 11 к Тарифному соглашению на 2026 год).

6.2. Упразднить тарифы на оплату медицинской помощи:

№ п/п	Код тарифа	Наименование тарифа
A	1	2
1	3307	Комп. посещ. дисп. по оценке репродуктивного здоровья (I эт) (ж) (18, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 29)
2	3308	Комп. посещ. дисп. по оценке репродуктивного здоровья (I эт) (ж) (21, 24, 27)
3	3527	Комп. посещ. дисп. по оценке репродукт. здоровья (I эт) (ж) (21,24,27) (без цитолог. иссл. мазка с шейки матки и цервик.канала)
4	3528	Комп. посещ. дисп. по оценке репродукт. здоровья (I эт) (ж) (30,35,40,45) (без цитолог. иссл. мазка с шейки матки и церв.канала)
5	3311	II эт. дисп.по оценке репродуктивного здоровья. Лабор. иссл. в целях выявл. инфекц. заболеваний орган.мал.таза методом ПЦР (ВПЧ)

6.3. Установить нетарифицируемые коды, используемые при формировании комплексного посещения:

№ п/п	Код тарифа	Наименование тарифа	Тип	Профиль медицинской помощи V002	Медицинская специальность V021
A	1	2	3	4	5
1	3823	I эт. дисп. по оценке репродуктивного здоровья. Опред. ДНК ВПЧ высок.канцер. риска в отделяем. (соскобе) из цервик.канала метод.ПЦР	взр	клинической лабораторной диагностике	клиническая лабораторная диагностика
2	3829	I эт. дисп. по оценке репродуктивного здоровья. Жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки	взр	клинической лабораторной диагностике	клиническая лабораторная диагностика

6.4. Упразднить нетарифицируемый код, используемый ранее при формировании комплексного посещения: «I эт. дисп. по оценке репродуктивного здоровья. цитологич. исслед. мазка с поверхности шейки матки и церв. канала» (код тарифа 3283).

7. Установить на уровне 2025 года тарифы на оплату:

7.1. 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)) (приложение 9/1 к Тарифному соглашению на 2026 год).

7.2. 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)) (приложение 9/2 к Тарифному соглашению на 2026 год).

7.3. 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 мобильными бригадами) (приложение 9/3 к Тарифному соглашению на 2026 год).

7.4. Неотложной медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в поликлинике, на дому, дифференцированные по

врачебным специальностям, действовавшим на конец 2025 года (приложение 9/4 к Тарифному соглашению на 2026 год).

7.5. 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, дифференцированные по врачебным специальностям, действовавшим в 2025 году (таблица 1 приложения 9/6 к Тарифному соглашению на 2026 год).

7.6. Медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому застрахованному населению в центрах амбулаторной онкологической помощи (далее - ЦАОП) (таблица 1 приложения 9/8 к Тарифному соглашению на 2026 год).

7.7. Комплексных посещений диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого застрахованного населения, диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, дифференцированные по врачебным специальностям, действовавшим в 2025 году (приложение 9/9 к Тарифному соглашению на 2026 год).

7.8. Медицинской реабилитации, оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в амбулаторных условиях (приложение 9/10 к Тарифному соглашению на 2026 год).

7.9. Медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению в центрах здоровья (приложение 9/12 к Тарифному соглашению на 2026 год).

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках второго этапа в центре здоровья (центре медицины здорового долголетия), не устанавливать до получения Методических рекомендаций, письма Министерства здравоохранения Российской Федерации о формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026-2028 годы.

7.10. Стоматологической медицинской помощи за 1 УЕТ, в том числе неотложной стоматологической медицинской помощи (таблицы 1, 2 приложения 10 к Тарифному соглашению на 2026 год).

7.11. Диспансеризации (за исключением диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья), профилактических медицинских осмотров:

7.11.1. тарифы на оплату комплексного посещения диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения;

7.11.2. тарифы на оплату осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках II этапа диспансеризации взрослого застрахованного населения;

7.11.3. тарифы на оплату комплексного посещения, медицинских услуг, проводимых в рамках углубленной диспансеризации взрослого застрахованного населения;

7.11.4. Тарифы на оплату комплексного посещения профилактических медицинских осмотров взрослого и детского застрахованного населения;

7.11.5. Тарифы на оплату осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках I, II этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (приложения 11, 12 к Тарифному соглашению на 2026 год).

8. Расходы по использованию систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (при проведении маммографии, рентгенографии или флюорографии грудной клетки, компьютерной томографии органов грудной клетки, ЭКГ, колоноскопии, первичном или повторном посещении врача по медицинской профилактике, профилактическом и диспансерном приеме врача по медицинской профилактике, профилактическом и диспансерном приеме врача-терапевта, лечебно-диагностическом приеме врача-терапевта, первичном или повторном профилактическом консультировании по коррекции факторов риска (индивидуальном кратком, индивидуальном углубленном, групповом углубленном, ином углубленном)) отдельной оплате из средств ОМС не подлежат в связи с централизованной закупкой Министерством здравоохранения Челябинской области услуги по предоставлению лицензии и внедрению программного обеспечения системы поддержки принятия врачебных решений с применением технологий искусственного интеллекта.

9. Установить способы оплаты в соответствии с Программой государственных гарантий, особенности оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (раздел II Тарифного соглашения на 2026 год).

10. 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 2026 год).

11. В рамках подушевого финансирования с 01.01.2026:

11.1. Установить особенности оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования (глава 1 раздела II Тарифного соглашения на 2026 год).

11.2. Установить средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом коэффициента дифференциации, в размере 9 620,46 рублей на 1 застрахованное лицо в год, рассчитанный от нормативов, установленных Программой государственных гарантий.

Установить базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, без учета коэффициента дифференциации, в размере 185,92 рублей на 1 застрахованное лицо в месяц, рассчитанный с учетом средних нормативов объема оказания и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий.

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

11.3.1. 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
3,153	3,300	1,937	2,015	0,969	0,975	0,920	0,540	1,600	1,600

11.3.2. Коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, 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 2026 год);

11.3.3. Коэффициенты дифференциации для медицинских организаций (КД):

11.3.3.1. Для медицинских организаций Челябинской области (за исключением изложенных в пункте 11.3.3.2), в размере 1,105;

11.3.3.2. 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;

11.3.4. Коэффициенты половозрастного состава медицинских организаций (приложение 13 к Тарифному соглашению на 2026 год);

11.3.5. Коэффициенты уровня расходов медицинских организаций до (равные коэффициентам уровня расходов для медицинских организаций, действующим на конец 2025 года) и после приведения к средневзвешенному значению, учитывая требования Методических рекомендаций:

1) средневзвешенное значение коэффициента уровня с учетом численности прикрепленного населения должно составлять 1;

2) коэффициент уровня устанавливается в размере не менее 1 для следующих медицинских организаций:

- федеральные медицинские организации;

- центральные районные, районные (в том числе межрайонные) и участковые больницы, обслуживающие взрослое население;

- медицинские организации, обслуживающие только детское население.

Средневзвешенное значение коэффициентов уровня расходов с учетом численности прикрепленного населения привести к 1 исходя из установленных значений коэффициентов уровня расходов для медицинских организаций, действующих на конец 2025 года:

№ п/ п	Код МО	Наименование медицинской организации	Коэфф-т уровня расходов МО, Кдур с 01.01.2026 (до приведения к средневзвешен- ному значению 1,0)	Коэфф-т уровня расходов МО, КДур с 01.01.2026 (после приведения к средневзвешанному значению 1,0)
А	1	2	3	4
1	224	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница с. Агаповка»	1,200	1,119
2	234	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница с. Аргаяш»	1,000	1,000
3	242	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница г. Аша»	1,000	1,000
4	248	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница п. Бреды»	1,200	1,119
5	324	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница с. Варна»	1,000	1,000
6	257	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница г. Верхнеуральск»	1,200	1,119
7	198	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница г. Верхний Уфалей»	1,000	0,933
8	205	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница г. Еманжелинск»	1,000	1,000
9	329	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница с. Еткуль»	1,100	1,026
10	136	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница г. Златоуст»	1,100	1,026
11	140	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская детская больница г. Златоуст»	1,167	1,089
12	209	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница г. Карабаш»	1,000	0,933
13	264	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница г. Карталы»	1,000	1,000
14	274	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница г. Касли»	1,000	1,000
15	278	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница г. Катав-Ивановск»	1,000	1,000
16	334	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница с. Кизильское»	1,200	1,119
17	148	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 1 г. Копейск»	1,000	0,933
18	150	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 3 г. Копейск»	1,183	1,104

№ п/ п	Код МО	Наименование медицинской организации	Коэфф-т уровня расходов МО, Кдур с 01.01.2026 (до приведения к средневзвешен- ному значению 1,0)	Коэфф-т уровня расходов МО, КДур с 01.01.2026 (после приведения к средневзвешанному значению 1,0)
А	1	2	3	4
19	157	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская больница г. Копейск»	1,183	1,104
20	210	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 1 г. Коркино»	1,000	0,933
21	211	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 2 г. Коркино»	1,000	0,933
22	212	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 3 г. Коркино»	1,183	1,104
23	213	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская детская больница г. Коркино»	1,000	1,000
24	344	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница с. Миасское»	1,000	1,000
25	354	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница с. Кунашак»	1,200	1,119
26	282	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница г. Куса»	1,167	1,089
27	216	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница им. А.П. Силаева г. Кыштым»	1,000	0,933
28	447	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Участковая больница» рабочего поселка Локомотивный	1,000	1,000
29	159	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская больница № 1 им. Г.И. Дробышева г. Магнитогорск»	1,000	0,933
30	160	Автономная некоммерческая организация «Центральная клиническая медико-санитарная	1,000	0,933
31	161	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская больница № 3 г. Магнитогорск»	0,900	0,840
32	164	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Центр охраны материнства и детства г. Магнитогорск»	1,000	1,000
33	590	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская больница № 2 г. Магнитогорск»	0,900	0,840

№ п/ п	Код МО	Наименование медицинской организации	Коэфф-т уровня расходов МО, Кдур с 01.01.2026 (до приведения к средневзвешен- ному значению 1,0)	Коэфф-т уровня расходов МО, КДур с 01.01.2026 (после приведения к средневзвешанному значению 1,0)
А	1	2	3	4
34	186	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 1 имени Г.К. Маврицкого г. Миасс»	1,000	0,933
35	187	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская больница № 2 г. Миасс»	1,100	1,026
36	188	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская больница № 3 г. Миасс»	1,000	0,933
37	452	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская детская поликлиника г. Миасс»	1,275	1,189
38	363	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница с. Фершампенуаз»	1,000	1,000
39	286	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница г. Нязепетровск»	1,000	1,000
40	453	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 71 Федерального медико-	1,100	1,026
41	372	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница с. Октябрьское»	1,200	1,119
42	218	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница г. Пласт»	1,000	1,000
43	404	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная больница г. Сатка»	1,000	0,933
44	444	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 15 Федерального медико-биологического агентства»	1,100	1,026
45	378	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница с. Долгодеревенское»	1,000	1,000
46	445	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть № 72 Федерального медико-биологического	1,100	1,026
47	295	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная больница г. Троицк»	1,100	1,026
48	306	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница п. Увельский»	1,000	1,000
49	391	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница с. Уйское»	1,200	1,119

№ п/ п	Код МО	Наименование медицинской организации	Коэфф-т уровня расходов МО, Кдур с 01.01.2026 (до приведения к средневзвешен- ному значению 1,0)	Коэфф-т уровня расходов МО, КДур с 01.01.2026 (после приведения к средневзвешанному значению 1,0)
А	1	2	3	4
50	403	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть № 162 Федерального медико-биологического	1,000	1,000
51	315	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница г. Чебаркуль»	1,000	1,000
52	79	Государственное автономное учреждение здравоохранения Ордена Трудового Красного Знамени «Городская клиническая больница № 1 г.	1,000	0,933
53	85	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 6 г. Челябинск»	1,000	0,933
54	86	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 2»	1,000	0,933
55	90	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 8 г. Челябинск»	1,275	1,189
56	91	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 2 г. Челябинск»	1,167	1,089
57	93	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 5 г. Челябинск»	1,000	0,933
58	94	Государственное автономное учреждение здравоохранения Ордена Знак Почета «Городская клиническая больница № 8 г. Челябинск»	0,900	0,840
59	95	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 9 г. Челябинск»	1,200	1,119
60	99	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 1 г. Челябинск»	1,275	1,189
61	102	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая поликлиника № 9 г. Челябинск»	1,000	1,000
62	119	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая поликлиника № 5 г. Челябинск»	1,183	1,104
63	122	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая поликлиника № 8 г. Челябинск»	1,183	1,104

№ п/п	Код МО	Наименование медицинской организации	Коэфф-т уровня расходов МО, Кдур с 01.01.2026 (до приведения к средневзвешенному значению 1,0)	Коэфф-т уровня расходов МО, КДур с 01.01.2026 (после приведения к средневзвешанному значению 1,0)
А	1	2	3	4
64	125	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 4 г. Челябинск»	1,183	1,104
65	127	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая поликлиника № 8 имени Александра Невского г. Челябинск»	1,183	1,104
66	413	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 11 г. Челябинск»	1,000	0,933
67	415	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая поликлиника № 6 г. Челябинск»	1,183	1,104
68	417	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая поликлиника № 1 г. Челябинск»	1,183	1,104
69	439	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 7 г. Челябинск»	1,275	1,189
70	440	Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Челябинск	1,000	0,933
71	456	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 3»	1,000	0,933
72	771	Общество с ограниченной ответственностью «Полимедика Челябинск»	1,183	1,104
73	397	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная больница с. Чесма»	1,200	1,119
74	222	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница г. Южноуральск»	1,000	0,933

(приложение 13 к Тарифному соглашению на 2026 год).

11.3.6. 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.

11.4. 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

2026 год);

- срок осуществления выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности - по итогам года (декабрь 2025 года - ноябрь 2026 года).

11.5. Установить размеры финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) (далее – ФАП (ФП, ФЗП) на 2026 год (без учета коэффициентов дифференциации):

- ФАП (ФП, ФЗП), обслуживающий до 100 жителей (с применением коэффициента уровня медицинской организации в размере 0,538, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурного подразделения медицинской организации, обслуживающего от 101 до 800 жителей) - 825,19 тыс. рублей;

- ФАП (ФП, ФЗП), обслуживающий от 101 до 800 жителей – 1 533,70 тыс. рублей;

- ФАП (ФП, ФЗП), обслуживающий от 801 до 1500 жителей–3 067,50 тыс. рублей;

- ФАП (ФП, ФЗП), обслуживающий от 1501 до 2000 жителей–3 067,50 тыс. рублей;

- ФАП (ФП, ФЗП), обслуживающий от 2001 жителя (с применением коэффициента уровня медицинской организации в размере 1,330, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурного подразделения медицинской организации, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей) – 4 078,25 тыс. рублей.

Установить финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), рассчитанное с учетом коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, учитывающих:

- критерии соответствия ФАП (ФП, ФЗП) требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н;

- расходы на консультации, связанные с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем

(приложение 4 к Тарифному соглашению на 2026 год).

11.6. Установить дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, тарифы на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) (приложение 13 к Тарифному соглашению на 2026 год).

11.7. Установить периодичность перерасчета базового (среднего) 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. Диагностические (лабораторные) исследования с 01.01.2026:

1. Установить особенности оплаты диагностических (лабораторных) исследований (глава 1 раздела II Тарифного соглашения на 2026 год).

2. Установить на уровне 2025 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, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ, ОФЭКТ/КТ, сцинтиграфии скелета);

- медицинских услуг «Пренатальная диагностика (I ультразвуковой скрининг с забором образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров)», «Пренатальная диагностика (II ультразвуковой скрининг)», «Пренатальная диагностика (биохимический скрининг)», «Пренатальная диагностика (биохимический скрининг с определением плацентарного фактора роста (PLGF))», исследований на наличие вирусов гриппа

(таблица 1 приложения 9/7 к Тарифному соглашению на 2026 год);

- оплату медицинских услуг, оказанных взрослому застрахованному населению в ЦАОП (таблица 2 приложения 9/8 к Тарифному соглашению на 2026 год).

3. В связи с установлением отдельных нормативов объемов предоставления медицинской помощи, финансовых затрат на оплату проведенных исследований в части определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), установить тарифы на оплату медицинских услуг:

рублей						
№ п/п	Код тарифа	Наименование медицинской услуги	Тип	Профиль медицинской помощи V002	Медицинская специальность V021	Тариф на оплату медицинских услуг
А	1	2	3	4	5	6
1	3913	Определение РНК вируса гепатита С в крови методом ПЦР	взр	Клинической лабораторной диагностике	Клиническая лабораторная диагностика	503,30
2	3914	Лабор. диагност. для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С)	взр	Клинической лабораторной диагностике	Клиническая лабораторная диагностика	1 568,20

4. Не включать в Тарифное соглашение положения об особенностях оплаты, тарифах на оплату:

- медицинской помощи в части проведения неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) - в связи с отсутствием на территории Челябинской области возможности оказания вышеуказанной медицинской помощи;

- медицинской помощи в части определения уровня липопротеида (а) в крови, оценки липидного профиля (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, холестерин липопротеидов очень низкой плотности, триглицериды).

III. Скорая медицинская помощь с 01.01.2026:

1. Установить способы оплаты, особенности оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (раздел II Тарифного соглашения на 2026 год).

2. Установить средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в размере 1 456,23 рублей на 1 застрахованное лицо в год.

Установить базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, без учета коэффициента дифференциации в размере 108,33 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
2,445	3,021	1,823	2,085	0,688	0,727	0,752	0,650	2,049	1,826

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

4.1. коэффициенты половозрастного состава (КД_{пв});

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 2026 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 дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (приложение 17/1 к Тарифному соглашению на 2026 год).

7. 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 2025 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

(приложение № 12 к настоящему протоколу).

С 01.01.2026 производить оплату медицинской помощи, оказанной в соответствии с приказами Минздрава Челябинской области от 29.03.2023 № 234, от 13.10.2023 № 784, от 14.12.2023 № 994, с учетом положений Тарифного соглашения на 2026 год, информации, предоставленной Министерством здравоохранения Челябинской области (письмо от 11.12.2025 № 06-11520):

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 2026 год;

- медицинской эвакуации из немедицинских организаций Челябинской области

(таблица 3 приложения 17/2 к Тарифному соглашению на 2026 год).

8. 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 40 540,40 рублей;
- алтеплазы, в размере 56 933,60 рублей;
- тенектеплазы, в размере 56 466,90 рублей;
- рекомбинантного белка, содержащего аминокислотную последовательность стафилокиназы, в размере 58 172,90 рублей

(таблицы 1, 2 приложения 17/2 к Тарифному соглашению на 2026 год).

9. Установить тарифы за вызов скорой медицинской помощи, оказанной населению, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации, в размере 5 618,80 рублей

(таблица 2 приложения 17/2 к Тарифному соглашению на 2026 год).

10. Базовый (средний) 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 01.01.2026:

1. Установить способы оплаты, основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ (раздел II Тарифного соглашения на 2026 год).

2. Установить перечень КСГ (463 КСГ) к которым применяется/ не применяется коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи, размер коэффициентов относительной затратоемкости (приложение 7/1 к Тарифному соглашению на 2026 год).

3. Установить средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (с учетом коэффициента дифференциации, без учета медицинской реабилитации), в размере 10 661,46 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 37 717,53 рублей;
- без учета коэффициента дифференциации, в размере 34 133,51 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 2025 года, за исключением:

- ГАУЗ «Городская больница № 1 им. Г.И. Дробышева г. Магнитогорск» - уровень/подуровень 3.1 с коэффициентом 1,1;

- ГАУЗ «ГБ № 3 г. Миасс» - уровень/подуровень 2.1 с коэффициентом 0,9 (приложение 3 к Тарифному соглашению на 2026 год).

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

7.1. в размере 1,3 для КСГ st12.006, st12.009, st12.011;

7.2. в размере 1,4 для КСГ st26.001, st34.001;

7.3 в размере 1,0 за исключением КСГ, указанных в пунктах 7.1-7.2 (приложение 7/1 к Тарифному соглашению на 2026 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), 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 3,94, долей заработной платы - 0,5952;

- без применения вышеизложенных лекарственных препаратов (stt2.1) - по КСГ st12.016.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.1)» с коэффициентом затратоемкости 2,18, долей на заработную плату - 0,5952 (приложения 7/1, 7/7 к Тарифному соглашению на 2026 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 2026 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 2026 год).

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 смертью пациента (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, st37.027, st37.028, st37.029, st37.031, st37.032, st37.033, st37.034 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой государственных гарантий и приложением «Расшифровка клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» 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 двум 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:

- 80% стоимости КСГ при длительности лечения 3 дня и менее;

- 85% стоимости КСГ при длительности лечения более 3-х дней.

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:

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

Вышеуказанные положения применяются к стоимости случая госпитализации в стационарных условиях по КСГ без учета стоимости услуг диализа.

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 Методическими рекомендациями, в том числе с подпунктами 1-10 пункта 4.3, дополнив случаем «определение необходимости госпитализации по результатам госпитализации маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации».

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, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеют ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения,- независимо от возраста ребенка-инвалида) и ближайшему родственнику, законному представителю или иному лицу (привлекаемому родственниками или законными представителями) пациентов, являющихся инвалидами I группы, за исключением случая, указанного в пункте 2 настоящего перечня - 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, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения,- независимо от возраста ребенка-инвалида) и

ближайшему родственнику, законному представителю или иному лицу (привлекаемому родственниками или законными представителями) пациентов, являющихся инвалидами I группы, 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 – 0,18

(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 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, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реаниматология», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации);

12) 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);

13) проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1) - 0,14;

14) проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2) - 0,34;

15) проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3) - 1,28.

В случаях проведения сопроводительной терапии, предусмотренной соответствующими клиническими рекомендациями, оплата стационарной медицинской помощи, оказанной по КСГ st19.084-st19.089, st19.094-st19.102, st19.182-st19.202, осуществляется с применением КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)». Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии для применения данного КСЛП установлен таблицей 4 приложения 8 к Тарифному соглашению.

КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими

рекомендациями (уровень 1-3)» определяется без учета коэффициента дифференциации.

При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносумаб, эмпэгфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» не применяется.

(Приложение 8 к Тарифному соглашению на 2026 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 01.01.2026:

Установить основные подходы к оплате высокотехнологичной медицинской помощи, тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи по видам, моделям пациента, методам лечения, установленным разделом I приложения 1 к Программе государственных гарантий, рассчитанные на основании нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи с учетом применения коэффициента дифференциации в размере 1,105 к доле заработной платы

(глава 2 раздела II, приложение 16 к Тарифному соглашению на 2026 год).

VI. Дневной стационар с 01.01.2026:

1. Установить способы оплаты, основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ (раздел II Тарифного соглашения на 2026 год).

2. Установить перечень КСГ (222 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 2026 год).

3. Установить средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров (с учетом коэффициента

дифференциации, без учета медицинской реабилитации), в размере 2 466,99 рублей на 1 застрахованное лицо в год.

4. Установить базовую ставку в условиях дневных стационаров без учета коэффициента дифференциации, в размере 18 545,39 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 коэффициенты сложности лечения пациента:

1) проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1) - 0,26;

2) проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2) - 1,07;

3) проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3) - 2,3

(стоимость вышеуказанных КСЛП определяется без учета коэффициента дифференциации).

Установить оплату случаев медицинской помощи с проведением сопроводительной терапии, предусмотренной соответствующими клиническими рекомендациями, по КСГ ds19.058-ds19.062, ds19.067-ds19.078, ds19.157-ds19.180 с применением КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)». Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии для применения данного КСЛП установить 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 в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» 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_{ДС}), используемые при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров:

8.1. в размере 1,0 для КСГ ds08.001- ds08.003, ds12.022 - ds12.028, ds19.016, ds19.017, ds19.028, ds19.033, ds19.050 - ds19.058, ds19.060 - ds19.079, ds19.157-ds19.180, ds20.006;

8.2. в размере 0,8 для КСГ, за исключением указанных в пункте 8.1, (приложение 7/2 к Тарифному соглашению на 2026 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 2026 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 2026 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 смертью пациента (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;

9) случаи медицинской реабилитации по КСГ ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020 - ds12.028 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой государственных гарантий и приложением «Расшифровка клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара» 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 двум 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:

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

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

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

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

Вышеуказанные положения применяются к стоимости случая лечения в условиях дневных стационаров по КСГ без учета стоимости услуг диализа.

11.4. Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, 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 Методическими рекомендациями, в том числе с подпунктами 1-10 пункта 4.3.

VII. Диализ с 01.01.2026:

1. Установить:

1.1. Особенности оплаты услуг диализа (раздел II Тарифного соглашения на 2026 год).

1.2. Базовые тарифы на оплату услуг диализа на уровне 2025 года.

1.3 Доли расходов на заработную плату в услугах гемодиализа – 0,28, перитонеального диализа – 0,2.

1.4. Тарифы на оплату услуг диализа, рассчитанные с учетом коэффициента дифференциации 1,112.

(Приложение 15 к Тарифному соглашению на 2026 год).

VIII. Медицинская помощь, финансируемая из средств межбюджетных трансфертов Челябинской области, с 01.01.2026:

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, установленной в дополнение к базовой программе ОМС, в части проведения прижизненных патолого-анатомических 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, проведения исследований гликированного гемоглобина в крови в рамках федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом»,

- за единицу объема медицинской помощи - за обращение (законченный случай) при оплате медицинской помощи, установленной в дополнение к базовой программе ОМС, оказанной 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 Государственного автономного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», по профилям медицинской помощи «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия» пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография);

- 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 последов в родильных отделениях.

1.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров - за законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной по профилю медицинской помощи «онкология».

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 2026 год).

2.2. Тарифы на оплату медицинских услуг:

рублей

№ п/п	Код тарифа	Наименование медицинской услуги	Вид	Тариф на оплату медицинских услуг
А	1	2	3	4
1	2812	Гистологическое исследование 2 категории сложности (сверх БП ОМС)	взр	651,10
2	2813	Гистологическое исследование 2 категории сложности (сверх БП ОМС)	дет	651,10
3	2800	Гистологическое исследование 3 категории сложности (сверх БП ОМС)	взр	840,80
4	2801	Гистологическое исследование 3 категории сложности (сверх БП ОМС)	дет	840,80
5	2802	Гистологическое исследование 4 категории сложности (сверх БП ОМС)	взр	966,10
6	2803	Гистологическое исследование 4 категории сложности (сверх БП ОМС)	дет	966,10
7	2804	Гистологическое исследование 5 категории сложности (сверх БП ОМС)	взр	1 168,10
8	2805	Гистологическое исследование 5 категории сложности (сверх БП ОМС)	дет	1 168,10
9	2806	Гистологическое исследование 5 категории сложности с провед. ИГХ исслед. с примен. до 5 антител включительно (сверх БП ОМС)	взр	5 450,00
10	2807	Гистологическое исследование 5 категории сложности с провед. ИГХ исслед. с примен. до 5 антител включительно (сверх БП ОМС)	дет	5 450,00
11	2808	Гистологическое исследование 5 категории сложности с провед. ИГХ исслед. с примен. более 5 антител (сверх БП ОМС)	взр	10 459,77
12	2809	Гистологическое исследование 5 категории сложности с провед. ИГХ исслед. с примен. более 5 антител (сверх БП ОМС)	дет	10 459,77
13	2810	Гистологическое исследование 5 категории сложности с провед. ИГХ исслед. с примен. до 5 антител включительно (ЦАОП) (сверх БП ОМС)	взр	5 450,00
14	2811	Гистологическое исследование 5 категории сложности с провед. ИГХ исслед. с примен. более 5 антител (ЦАОП) (сверх БП ОМС)	взр	10 459,77
15	2822	КТ без контрастирования при подозрении у пациента COVID-19 (сверх БП ОМС)	взр	2 063,42
16	2823	КТ без контрастирования при подозрении у пациента COVID-19 (сверх БП ОМС)	дет	2 063,42
17	2970	КТ без контрастирования при прочих заболеваниях и состояниях (сверх БП ОМС)	взр	2 063,42
18	2971	КТ без контрастирования при прочих заболеваниях	дет	2 063,42

№ п/п	Код тарифа	Наименование медицинской услуги	Вид	Тариф на оплату медицинских услуг
А	1	2	3	4
		и состояниях (сверх БП ОМС)		
19	3299	Исследование гликированного гемоглобина в крови (сверх БП ОМС)	взр	400,00
20	3364	Исследование гликированного гемоглобина в крови (сверх БП ОМС)	дет	400,00

(таблица 2 приложения 9/7 к Тарифному соглашению на 2026 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 2026 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 2026 год).

2.4. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению по профилю медицинской помощи «онкология» в условиях дневных стационаров, «Онкологические (первичная специализированная МСП в ДС сверх БП ОМС)», «Онкологические (специализированная МП в ДС сверх БП ОМС)» в размере 20 000,00 рублей.

2.5. Тарифы на оплату законченного случая лечения заболевания стационарной специализированной медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) «Сосудистой хирургии (коронарография)», «Кардиологические (коронарография)» в размере 25 623,10 рублей.

2.5. Тариф на оплату законченного случая лечения заболевания стационарной специализированной медицинской помощи по профилю «онкология» в специализированном отделении круглосуточного стационара ГАУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» «Онкологические (сверх БП ОМС)» в размере 52 264,03 рублей.

2.6. Суммы финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2026 год, распределенные между медицинскими организациями по предложению Министерства здравоохранения Челябинской области (письмо от 25.12.2025 № 06/7050); дополнительные тарифы на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, рассчитанные для медицинских организаций исходя из сумм финансового обеспечения и плановых объемов услуг диализа (приложения 18/1, 18/2 к Тарифному соглашению на 2026 год).

3. В связи с планируемыми изменениями в Территориальную программу, в части видов медицинской помощи, финансируемых из средств межбюджетного

трансферта, передаваемого из бюджета Челябинской области в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области не включать в Тарифное соглашение на 2026 год положения об оплате медицинской помощи, в том числе размере и структуре тарифов, способах оплаты, критериях оплаты:

- по телемедицинским консультациям;
- проведения процедуры криопереноса эмбриона в амбулаторных условиях;
- исследований кала на скрытую кровь (количественным (иммунотурбидиметрическим) методом) с целью раннего выявления колоректального рака в амбулаторных условиях.
- исследований микропрепарата шейки матки методом жидкостной цитологии с целью выявления ЗНО в амбулаторных условиях.

4. Упразднить тарифы на оплату медицинской помощи:

- 4.1. высокотехнологичной медицинской помощи;
 - 4.2. оказываемой в стационарных условиях: «Эндопротезирование коленного сустава (сверх БП ОМС)», «Эндопротезирование тазобедренного сустава (сверх БП ОМС)»;
 - 4.3. оказываемой в условиях дневного стационара: «Гинекологические (ЭКО I этап) (сверх БП ОМС)», «Гинекологические (ЭКО I-II этап) (сверх БП ОМС)», «Гинекологические (ЭКО I-III этап без криоконсервации) (сверх БП ОМС)», «Гинекологические (ЭКО I-III этап с криоконсервацией) (сверх БП ОМС)», «Гинекологические (ЭКО I-IV этап без криоконсервации) (сверх БП ОМС)», «Гинекологические (ЭКО I-IV этап с криоконсервацией) (сверх БП ОМС)»;
 - 4.3. оказываемой в амбулаторных условиях: «Акушер-гинеколог (ЭКО криоперенос) (сверх БП ОМС)», «Исследование микропрепарата шейки матки методом жидкостной цитологии с целью выявления ЗНО (сверх БП ОМС)», «Исслед.кала на скрытую кровь (колич. (иммунотурбидиметрическим) методом) с целью раннего выявл. колоректал. рака (сверх БП ОМС)»
- (письмо Министерства здравоохранения Челябинской области от 26.12.2025 № 01/6916).

IX. Разное с 01.01.2026:

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 Территориальной программой (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 Территориальной программой:

2.1. в рамках Базовой программы ОМС:

2.1.1. при оказании медицинской помощи в стационарных условиях:

- случай госпитализации в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» - 10 943,38 рублей;

- случай госпитализации в условиях круглосуточного стационара по профилю «медицинская реабилитация» - 377,46 рублей;

2.1.2. при оказании медицинской помощи в условиях дневных стационаров;

- случай лечения в условиях дневных стационаров, за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» - 2 530,04 рублей;

- случай лечения в условиях дневных стационаров по профилю «медицинская реабилитация» - 93,48 рублей;

2.1.3. при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации - 1 480,29 рублей;

2.1.4. при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

- комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров в размере 755,40 рублей;

- комплексное посещение для проведения диспансеризации в размере 1 527,85 рублей;

- комплексное посещение для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин в размере 313,44 рублей;

- посещение с иными целями в размере 1 281,63 рублей;

- посещение по неотложной медицинской помощи в размере 630,94 рублей;

- обращение в размере 3 067,25 рублей;

- отдельные диагностические (лабораторные) исследования в размере 703,20 рублей;

- комплексное посещение школ для больных с хроническими заболеваниями, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания в размере 224,66 рублей;

- комплексное посещение по профилю «медицинская реабилитация» в размере 101,85 рублей;

- комплексное посещение для проведения диспансерного наблюдения в размере 953,87 рублей;

- комплексное посещение с профилактической целью центров здоровья, в размере 61,24 рублей;

- комплексное посещение для проведения дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов в размере 22,26 рублей;

2.2. за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области (дополнительные виды и условия оказания медицинской помощи, не установленные базовой программой ОМС; объемы медицинской помощи, установленные в дополнение к базовой программе ОМС):

2.2.1. при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

- обращение – 74,41 рублей;

- отдельные диагностические (лабораторные) исследования - 12,61 рублей;

2.2.2. при оказании медицинской помощи в стационарных условиях:

- случай госпитализации в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» - 42,50 рублей;

2.2.3. при оказании медицинской помощи в условиях дневных стационаров:

- случай лечения в условиях дневных стационаров, за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» - 131,44 рублей.

3. Установить уровни медицинским организациям:

№ п/п	Наименование медицинской организации	Код МО	Уровень МО
А	1	2	3
1	ГАУЗ «Городская больница № 1 им. Г.И. Дробышева г. Магнитогорск»	159	3
2	ГАУЗ «ГБ № 3 г. Миасс»	188	2
3	ООО «ОНКОЦЕНТР ММЦ»	861	1
4	ООО «МРТ ЭКСПРЕСС»	863	1
5	ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЛЮКС»	864	1

Медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы ОМС Челябинской области (за исключением вышеуказанных), установить уровень медицинской организации, действующий на конец 2025 года.

4. В связи с вышепринятыми решениями в рамках утверждения проекта Тарифного соглашения на 2026 год считать рассмотренными обращения медицинских организаций по вопросам:

4.1. Установления тарифов на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому застрахованному населению в региональных эндокринологических центрах (обращения ГАУЗ ОТКЗ «ГКБ № 1 г. Челябинск» от 14.07.2025 № 3238, от 14.08.2025 № 3800, от 12.09.2025 № 4272, от 15.10.2025 № 4708, от 17.11.2025 № 5476, от 10.12.2025 № 5931).

4.2. Распространения действия тарифов на оплату медицинской помощи (консультативно-диагностический прием), установленных приложением 9/1 к Тарифному соглашению, для ГАУЗ ОТКЗ «ГКБ № 1 г. Челябинск» по следующим врачебным специальностям:

- Офтальмолог (консультативно-диагностический прием) при условии выполнения медицинских услуг В01.029.001 «Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный», А03.26.020 «Компьютерная периметрия» или А03.26.002 «Гониоскопия», или А03.26.011 «Кератопахиметрия», или А03.26.015 «Тонография»;

- Невролог (консультативно-диагностический прием) при условии выполнения медицинских услуг В01.023.001 «Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный», А05.23.001 «Электроэнцефалография», А05.02.001.003 «Электронейромиография стимуляционная одного нерва», А05.02.001 «Электромиография игольчатая»;

- Сурдолог-оториноларинголог (консультативно-диагностический прием) при условии выполнения медицинских услуг В01.046.001 «Прием (осмотр, консультация) врача сурдолога-оториноларинголога первичный», В01.046.001 «Прием (осмотр, консультация) врача сурдолога-оториноларинголога повторный», А12.25.007 «Тимпанометрия», или А12.25.001 «Тональная аудиометрия», или А12.25.005 «Импедансометрия» и кода заболеваний Н90.0, Н90.1, Н90.3, Н90.4, Н90.6, Н93.1, Н80.0, Н66.1 (обращения ГАУЗ ОТКЗ «ГКБ № 1 г. Челябинск» от 14.07.2025 № 3238, от 14.08.2025 № 3800, от 12.09.2025 № 4272, от 15.10.2025 № 4708, от 17.11.2025 № 5476, от 10.12.2025 № 5931).

4.3. Установления тарифа на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению (внешней медицинской помощи (взаиморасчетов)) врачом колопроктологом в кабинете реабилитации стомированных больных, в размере 2 047,40 рублей (обращение ГАУЗ ОЗП «ГКБ № 8» г. Челябинск от 07.04.2025 № 740).

4.4. Установления тарифа на оплату стоматологической медицинской помощи, оказанной гигиенистом стоматологическим (письмо Министерства здравоохранения Челябинской области от 18.12.2025 № 01/11720 о направлении обращения ГБУЗ «СП г. Миасс» от 10.12.2025 № 333).

4.5. Установления тарифов на оплату дистанционных консультаций, консилиумов с применением телемедицинских технологий (врач-врач), оказанных в стационарных условиях (обращение ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России г. Челябинск от 02.10.2025 № 03-1741).

4.6. Расширения перечня групп заболеваний, состояний (КСГ) в круглосуточном стационаре с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, путем внесения следующих КСГ:

№ п/п	№ КСГ	Код КСГ	Наименование КСГ
1	2	3	4
2	13	st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
3	14	st02.013	Операции на женских половых органах (уровень 4)
4	22	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника
5	45	st09.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)
6	46	st09.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)
7	47	st09.007	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)
8	48	st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
9	49	st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
10	50	st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
11	52	st10.001	Детская хирургия (уровень 1)
12	53	st10.002	Детская хирургия (уровень 2)
13	57	st10.007	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)

№ п/п	№ КСГ	Код КСГ	Наименование КСГ
1	2	3	4
14	93	st14.003	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)
15	124	st16.008	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)
16	127	st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
17	137	st18.002	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа
18	139	st19.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
19	140	st19.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
20	141	st19.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
21	142	st19.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
22	143	st19.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
23	146	st19.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
24	155	st19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 2)
25	156	st19.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
26	158	st19.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
27	159	st19.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
28	160	st19.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
29	161	st19.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
30	162	st19.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
31	166	st19.124	Прочие операции при ЗНО (уровень 2)
32	224	st20.007	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
33	225	st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
34	226	st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
35	240	st22.002	Другие болезни органов пищеварения, дети
36	260	st25.008	Операции на сосудах (уровень 1)
37	261	st25.009	Операции на сосудах (уровень 2)
38	272	st27.004	Другие болезни органов пищеварения, взрослые
39	284	st28.002	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)

№ п/п	№ КСГ	Код КСГ	Наименование КСГ
1	2	3	4
40	285	st28.003	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)
41	286	st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
42	287	st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
43	298	st29.011	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
44	299	st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
45	300	st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
46	313	st30.013	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)
47	315	st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
48	322	st31.006	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)
49	324	st31.008	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)
50	326	st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
51	338	st32.003	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)
52	340	st32.005	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)
53	341	st32.006	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
54	343	st32.008	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
55	344	st32.009	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
56	345	st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
57	352	st32.017	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
58	368	st34.005	Операции на органах полости рта (уровень 4)
59	372	st35.004	Другие болезни эндокринной системы, взрослые (уровень 1)

(обращения ГАУЗ ОТКЗ «ГКБ № 1 г. Челябинск» от 14.07.2025 № 3238, от 14.08.2025 № 3800, от 12.09.2025 № 4272, от 15.10.2025 № 4708, от 17.11.2025 № 5476, от 10.12.2025 № 5931).

4.7. Увеличения коэффициента уровня расходов медицинской организации, установления повышающих коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Челябинской области, учитываемых при расчете дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях; установления дополнительных тарифов на оплату амбулаторной медицинской помощи по

подушевому нормативу финансирования; увеличения дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях; дополнительного финансирования медицинских организаций (обращения ГАУЗ ОТКЗ «ГКБ № 1 г. Челябинск» от 14.02.2025 № 668, от 17.03.2025 № 1207, от 15.04.2025 № 1732, от 14.05.2025 № 2128, от 17.06.2025 № 2725, от 14.07.2025 № 3238, от 14.08.2025 № 3800, от 12.09.2025 № 4272, от 15.10.2025 № 4708, от 17.11.2025 № 5476, от 10.12.2025 № 5931, ГБУЗ «ОКБ № 2» от 17.03.2025 № 493, от 14.04.2025 № 666, от 16.05.2025 № 861, от 16.06.2025 № 1072, от 15.07.2025 № 1273, от 06.08.2025 № 1434, от 09.09.2025 № 1676, от 10.10.2025 № 1937, от 07.11.2025 № 2122, от 08.12.2025 № 2662, ФГБУЗ КБ № 71 ФМБА России от 25.09.2025 № 4024, от 12.11.2025 № 4700, ФГБУЗ ЦМСЧ № 15 ФМБА России от 26.09.2025 № 01-18/3061, от 12.11.2025 № 01-18/3591, ФГБУЗ МСЧ № 72 ФМБА России от 23.09.2025 № 01/2415, ФГБУЗ МСЧ № 162 ФМБА России от 01.10.2025 № 1033, от 14.10.2025 № 1081, от 04.12.2025 № 1438, ГБУЗ «Городская больница г. Южноуральск» от 21.10.2025 № 1426).

4.8. Установления уровней/подуровней, коэффициентов уровня/подуровня медицинской организации, применяемых при оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (обращения ГАУЗ ОТКЗ «ГКБ № 1 г. Челябинск» от 14.02.2025 № 668, от 17.03.2025 № 1207, от 15.04.2025 № 1732, от 14.05.2025 № 2128, от 17.06.2025 № 2725, от 14.07.2025 № 3238, от 14.08.2025 № 3800, от 12.09.2025 № 4272, от 15.10.2025 № 4708, от 17.11.2025 № 5476, от 10.12.2025 № 5931, ГБУЗ «ОКБ № 2» от 17.03.2025 № 493, от 14.04.2025 № 666, от 16.05.2025 № 861, от 16.06.2025 № 1072, от 15.07.2025 № 1273, от 06.08.2025 № 1434, от 09.09.2025 № 1676, от 10.10.2025 № 1937, от 07.11.2025 № 2122, от 08.12.2025 № 2662, ГБУЗ ОПЦ от 14.02.2025 № 106/5, от 26.03.2025 № 243/5, от 16.04.2025 № 310/5, от 23.05.2025 № 414/5, ГБУЗ «Городская больница г. Южноуральск» от 10.04.2025 № 483, ГАУЗ «ГКБ № 9 г. Челябинск» от 20.02.2025 № 352, письмо Министерства здравоохранения Челябинской области от 18.04.2025 № 01/3501).

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

5.1. Установления тарифов на оплату медицинских услуг:

- расшифровка, описание и интерпретация данных холтерского мониторинга с применением телемедицинских технологий;

- расшифровка, описание и интерпретация данных электрокардиографических исследований с применением телемедицинских технологий

(письмо Министерства здравоохранения Челябинской области от 18.12.2025 № 01/11722).

5.2. Установления тарифа на оплату медицинской услуги «Однофотонная эмиссионная компьютерная томография, совмещенная с компьютерной томографией одной области с 99 mTc PSMA-HYNIC» (обращение ГАУЗ «ЧОКЦО и ЯМ» от 19.12.2025 № 4055).

5.3. Установления тарифов на оплату диагностических исследований «Микробиологическое исследование респираторного образца (отделяемого

слизистой оболочки носа/ отделяемого слизистой оболочки зева/мокроты/бронхиального аспирата) при муковисцидозе на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (идентификация с использованием метода масс-спектрометрии, молекулярно-биологического метода, ПЦР), дрожжевые и мицелиальные грибы (идентификация с использованием метода масс-спектрометрии, молекулярно-биологического метода, ПЦР), с определением чувствительности к антимикробным препаратам (дискодиффузным методом, методом определения МИК) и определением маркеров резистентности (фенотипический метод, молекулярно-биологический метод, ПЦР)» (обращения ГАУЗ «ЧОДКБ» от 30.05.2025 № 1101, ГБУЗ «ЧОКБ» от 25.06.2025 № 1288/1).

5.4. Установления тарифов на оплату медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях:

- А09.05.106.001 Исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации,

- А09.28.030.001 Исследование моноклональности иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации,

- А09.05.014 Определение соотношения белковых фракций методом электрофореза,

- А09.05.106.003 Исследование моноклональности легких цепей иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации,

- А09.05.106.005 Определение содержания свободных легких цепей каппа в крови,

- А09.28.030.002 Исследование моноклональности легких цепей иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации,

- Определение содержания свободных легких цепей лямбда в крови (услуга отсутствует в Номенклатуре медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2025 № 804н (обращения ГБУЗ «ЧОКБ» от 07.04.2025 № 735, от 28.04.2025 № 902, от 25.11.2025 № 2425, письмо Министерства здравоохранения Челябинской области от 20.11.2025 № 01/10691).

5.5. Установления тарифов на оплату услуг диализа дополнительно к стоимости КСГ (обращения ГАУЗ «ЧОДКБ» от 04.05.2023 № 679, от 21.08.2024 № 1515, письма Министерства здравоохранения Челябинской области от 24.05.2023 № 02/4900 (о перенаправлении обращения ГАУЗ «ЧОДКБ» от 04.05.2023 № 680), от 16.12.2024 № 06/11727, от 18.11.2025 № 01/10565, ГАУЗ ОЗП «ГКБ № 8 г. Челябинск» от 07.08.2024 № 1953, от 22.09.2025 № 1282, ГАУЗ «ОКБ № 3» от 26.10.2023 № 4884, от 14.11.2024 № 5957, ГБУЗ «ОПЦ» от 24.10.2025 № 905/19, ГБУЗ «ОКБ № 2» от 07.11.2025 № 2122).

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 2026 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 26.12.2024 № 190-ОМС, а также Дополнительные соглашения к нему, считать утратившими силу с 01.01.2026.

3. По пункту 4 раздела IX «Разное» - вопросы отклонить.

4. По пункту 5 раздела IX «Разное» - вопросы отложить, вернуться к рассмотрению вопросов на следующем заседании Комиссии.

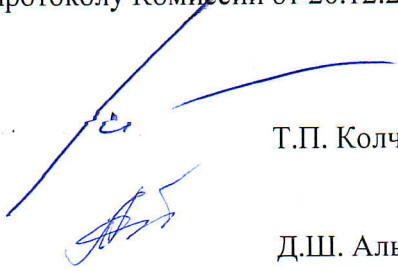
По восьмому вопросу повестки заседания Комиссии «Разное (вопросы 2026 года)», заслушали члена Комиссии, директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, Ткачеву А.Г. о внесении изменений в порядок контроля объемов медицинской помощи на 2026 год в рамках базовой программы ОМС, утвержденный решением Комиссии:

- Установить на январь 2026 года годовой контроль:
 - в стационарных условиях, за исключением медицинской помощи по профилю «онкология»;
 - в условиях дневных стационаров, за исключением медицинской помощи по профилю «онкология», КСГ с применением экстракорпорального оплодотворения.

Комиссия приняла единогласное решение принять изменения в порядок контроля объемов медицинской помощи на 2026 год.

Подписи членов комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Челябинской области к протоколу Комиссии от 26.12.2025 № 12

Председатель Комиссии,
Министр здравоохранения
Челябинской области



Т.П. Колчинская

Председатель Союза медицинского сообщества
«Медицинская палата Челябинской области»

Д.Ш. Альтман

Главный врач Государственного автономного учреждения
здравоохранения «Городская клиническая
больница № 11 г. Челябинск»



Н.В. Горлова

Первый заместитель Министра здравоохранения
Челябинской области



А.О. Гузь

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

Член Союза медицинского сообщества
«Медицинская палата Челябинской области»



М.Г. Москвичева

Председатель Челябинской областной организации
Профессионального союза работников здравоохранения
Российской Федерации



Д.П. Рываев

Главный врач государственного автономного учреждения
здравоохранения Ордена Трудового Красного Знамени
«Городская клиническая больница № 1 г. Челябинск»



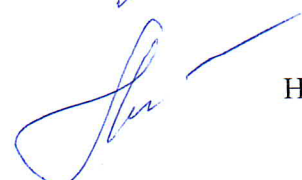
Д.А. Тарасов

Директор территориального фонда обязательного
медицинского страхования Челябинской области



А.Г. Ткачева

Секретарь Комиссии,
Заместитель директора по финансовым вопросам
территориального фонда обязательного
медицинского страхования Челябинской области



Н.Ю. Миронова