ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 1

К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ О РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГОРОДА БАЙКОНУР НА 2026 ГОД

г. Байконур 26 февраля 2026 г.

Администрация города Байконур, в лице заместителя Главы администрации Адасева Николая Петровича, Отдел здравоохранения города Байконур, в лице начальника Квач Жанны Викторовны, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур, в лице директора Гачеговой Екатерины Сергеевны, Страховая медицинская организация, в лице директора Байконурского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Избаевой Жанаркуль Нуралиевны, Общественная организация «Первичная профсоюзная организация комплекса «Байконур» Общественной организации «Общероссийский профессиональный союз работников общего машиностроения», в лице председателя Кулмурзаевой Анжелики Андреевны, именуемые в дальнейшем Сторонами, в соответствии с решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур от 26 февраля 2026 г. (протокол № 2), заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2026 год от 30 января 2026 г. о нижеследующем:

1. Внести в Тарифное соглашение о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2026 год от 30 января 2026 г. (далее – Тарифное соглашение) следующие изменения:

1.1. В пункте 4.7 подраздела 4 раздела I «Общие положения» Тарифного соглашения слова: «Оплата объемов медицинской помощи медицинским организациям, сверх утвержденных Комиссией на соответствующий период, осуществляется СМО по решению Комиссии, принятому в связи с обоснованным обращением медицинской организации, в соответствии с Правилами ОМС.» исключить.

1.2. Пункт 4.8 подраздела 4 раздела I «Общие положения» Тарифного соглашения исключить.

1.3. Абзацы 2 - 4 пункта 6.6, а также пункты 6.7, 6.12, 6.13 подраздела 6 раздела III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» Тарифного соглашения исключить.

1.4. Абзац 1 пункта 8.3 раздела IV «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» Тарифного соглашения исключить.

1.5. Приложение № 1 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению № 1 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.6. Приложение № 2 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению № 2 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.7. Приложение № 16 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению № 3 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.8. Приложение № 20 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению № 4 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.9. Приложение № 23 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению № 5 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.10. Таблицу с наименованием КСГ, к которым не применяются повышающие коэффициенты специфики согласно приложению № 24 к Тарифному соглашению, дополнить строкой следующего содержания: ««st36.049 Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)».

1.11. Таблицу с перечнем КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации согласно приложению № 25 к Тарифному соглашению дополнить строкой следующего содержания: «st36.049 Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)».

1.12. Приложения № 17, 32, 33 к Тарифному соглашению исключить.

1.13. Дополнить Тарифное соглашение Приложением № 34 согласно приложению № 6 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.14. Дополнить Тарифное соглашение Приложением № 35 согласно приложению № 7 к настоящему Дополнительному соглашению.

2. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения, распространяется на правоотношения, возникшие с 01 февраля по 31 декабря 2026 года. Положения Тарифного соглашения, не затронутые настоящим Дополнительным соглашением, остаются неизменными.

ПОДПИСИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН,
УЧАСТВУЮЩИХ В ТАРИФНОМ СОГЛАШЕНИИ:

от Администрации
города Байконур _____ Н.П. Адасев

от Отдела здравоохранения
Города Байконур _____ Ж.В. Квач

от Территориального фонда
Обязательного медицинского
страхования города Байконур _____ Е.С. Гачегова

от Страховой медицинской
Организации АО «СК «СОГАЗ-Мед» _____ Ж.Н. Избаева

от Первичной профсоюзной организации
комплекса «Байконур» _____ А.А. Кулмурзаева

Приложение № 1
к Дополнительному соглашению № 1

Приложение № 1
к Тарифному соглашению на 2026 год

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, и применяемых способов оплаты медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС на 2026 год

N п/п	Код МО в едином реестре ОМС	Наименование медицинской организации	Стационарная медицинская помощь	Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	Медицинская помощь в амбулаторных условиях	Скорая медицинская помощь
1	840001	Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения "Центральная медико-санитарная часть № 1 Федерального медико-биологического агенства России" (ФГБУЗ ЦМСЧ №1 ФМБА России)*	за случай госпитализации (законченный случай лечения) (п. 5.2 Тарифного соглашения)	за случай (законченный случай) лечения заболевания (п. 5.3 Тарифного соглашения)	по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц и за единицу объема медицинской помощи (п. 5.1 Тарифного соглашения)	по подушевому нормативу финансирования (п. 5.4 Тарифного соглашения)
2	840011	"Общество с ограниченной ответственностью ""Научно-производственная фирма ""Хеликс""""*	-	-	за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (п. 5.1 Тарифного соглашения)	-

* знак отличия об участии в сфере обязательного медицинского страхования

Приложение № 2
к Дополнительному соглашению № 1

Приложение № 2
к Тарифному соглашению на 2026 год

Порядок
формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи

1. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

1.1. Финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, осуществляется по подушевому нормативу финансирования, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), за исключением средств на оплату:

1) отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусом гепатита С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

2) второго этапа диспансеризации, диспансеризации детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, детей и детей-сирот, пребывающих в стационарных учреждениях, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

3) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

4) диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, детей и детей-сирот, пребывающих в стационарных учреждениях, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью,

5) посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний;

6) медицинских услуг (медицинских вмешательств), входящих в комплексное посещение по профилактическим осмотрам, диспансеризации, диспансеризации по оценке

репродуктивного здоровья, диспансерному наблюдению, в случае, когда часть медицинских услуг (медицинских вмешательств) проведена и оплачена в рамках иных случаев оказания медицинской помощи (включая иные виды медицинских осмотров, случаи госпитализации в стационарных условиях и случаи лечения в условиях дневного стационара);

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

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

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

10) медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»;

11) заместительной почечной терапии методами перитонеального диализа, гемодиализа и гемодиафильтрации;

Оплата медицинской помощи по видам, не включенным в подушевой норматив финансирования, производится за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

Методика определения показателей результативности деятельности медицинской организации представлена в разделе 5 настоящего Порядка формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи.

Подушевой норматив для определения объемов финансовых средств для оплаты медицинской помощи рассчитывается на 1 застрахованное лицо, прикрепленное к соответствующей медицинской организации в пределах средств, определенных Программой ОМС на 2026 год и осуществляется ТФОМС города Байконур, исходя из численности застрахованных граждан.

При формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой по всем видам оказания медицинской помощи вне зависимости от применения способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов. Реестры счетов формируются отдельно по каждому виду медицинской помощи.

1.2. Оплата в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи осуществляется в соответствии с утвержденными тарифами:

1.2.1. За посещение:

за единицу объема медицинской помощи, оказываемой с профилактической и иными целями:

1) комплексные посещения для прохождения профилактических медицинских осмотров (включая 1-е посещение в году для проведения диспансерного наблюдения) в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, приведены в Приложении № 8, № 11 к настоящему Тарифному соглашению;

2) комплексные посещения для прохождения диспансеризации (1 этап) за законченный случай приведены в Приложениях № 4, 9, 10 к настоящему Тарифному соглашению;

3) комплексные посещения для прохождения углубленной диспансеризации (1 этап, 2 этап) приведены в Приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению;

4) комплексные посещения для прохождения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин (1 этап, 2 этап) приведены в Приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению;

5) посещения по неотложной медицинской помощи, тарифы приведены в Приложение № 13 к настоящему Тарифному соглашению;

6) посещения с иной целью (не связанные с возникновением внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний или иной патологии) приведены в Приложении № 3 к настоящему Тарифному соглашению, в том числе включают:

- разовые посещения в связи с заболеваниями, для получения направления на консультацию (в том числе однократное посещение врача терапевта-участкового, врача педиатра-участкового, для получения направления к врачам специалистам), госпитализацию, получение справок, в том числе рецептов, оформление санаторно-курортной карты и других медицинских документов;

- посещения с другими целями (патронаж, выдача справок и иных медицинских документов, включая консультации врачей-специалистов (не связанное с оказанием неотложной медицинской помощи);

- случаи однократного консультирования и оказания медицинской помощи при количестве посещений не более 1, не связанные с оказанием неотложной медицинской помощи.

7) комплексные посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений) (Приложение № 12 к настоящему Тарифному соглашению);

9) посещения для проведения 2 этапа диспансеризации (Приложение № 5 к настоящему Тарифному соглашению).

В случае продолжения лечения, при кратности посещения 1 раз - случай подается на оплату как разовое посещение по поводу заболевания по соответствующему тарифу к врачу – специалисту. В случае продолжения лечения, при кратности 2-х и более подается на оплату по тарифу обращения по заболеванию (законченный случай).

Одно посещение по заболеванию не может считаться обращением по заболеванию. Разовые посещения в связи с заболеванием включаются в реестр счетов по тарифу «посещение с иной целью».

В случаях, если по итогам посещения с иной целью выявлено наличие заболевания, состояния требующего медицинского вмешательства (при необходимости повторного посещения), оба случая оформляются как обращение по поводу заболевания, при этом посещение с иной целью к оплате не предъявляется.

В амбулаторных условиях в тариф посещения и в подушевой норматив финансирования в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного и/или сопутствующего заболевания, включены расходы на оплату лабораторных и диагностических услуг, проведение операций (манипуляций), физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру, услуги процедурного кабинета, проведение рентгенологических, и прочих диагностических исследований. Лекарственное обеспечение при амбулаторно-поликлиническом лечении осуществляется за счет средств пациента.

Комплексные посещения в связи с проведением профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, углубленной диспансеризации и диспансерного наблюдения регламентируются приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

- от 27 апреля 2021 г. N 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения";

- от 14 апреля 2025 г. № 211н "Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы № 030 ПО/у "Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего", порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030-ПО/о "Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних", порядка ее заполнения";

- от 14 апреля 2025 г. № 212н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, учетной формы № 030/у-Д/с, порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030/о-Д/с, порядка ее заполнения";

- от 21 апреля 2022 г. N 275н "Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью";

- от 15 марта 2022 г. N 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми";

от 4 июня 2020 г. N 548н "Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями";

- от 01.07.2021 г. № 698н «Об утверждении порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке».

Профилактический медицинский осмотр, первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, второй этап диспансеризации, первый этап диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, первый этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, углубленная диспансеризация, диспансерное наблюдение предъявляются к оплате после завершения комплекса работ.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации взрослого населения считаются завершенными в случае выполнения не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. N 404н.

При предъявлении к оплате I этапа диспансеризации, профилактический медицинский осмотр, проведенный в рамках диспансеризации, отдельно к оплате не предъявляется. Медицинские услуги профилактического медицинского осмотра входят в

законченный случай I этапа диспансеризации, сформированный с учетом настоящего порядка.

Годом прохождения диспансеризации считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.

Оплата первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) осуществляется с учетом проведения в рамках диспансерного наблюдения профилактического медицинского осмотра лица, находящегося под диспансерным наблюдением в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.06.2020 г. № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

При выявлении у взрослого населения в процессе проведения профилактических мероприятий медицинских показаний к проведению исследований и осмотров, не входящих в утвержденные перечни осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках I и II этапов диспансеризации и профилактического осмотра в определенные возрастные периоды, назначаются и выполняются гражданину с учетом положений порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния) и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации и оплачиваются по тарифам посещения/обращения и включены в подушевой норматив финансирования.

Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения. В случае, если отдельные исследования и медицинские вмешательства, учитываемые при расчете стоимости комплексного посещения углубленной диспансеризации, не были выполнены, оплата такого случая не осуществляется.

Медицинские организации организуют прохождение углубленной диспансеризации гражданином исходя из выполнения всех исследований и иных медицинских вмешательств первого этапа углубленной диспансеризации в течение одного дня.

Оплата диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения согласно Приложения № 7 к настоящему Тарифному соглашению. В случае, если отдельные исследования и медицинские вмешательства, учитываемые при расчете стоимости комплексного посещения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, не были выполнены, оплата такого случая не осуществляется.

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения.

Профилактический осмотр несовершеннолетних является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 211н.

Случай диспансеризации детей-сирот и медицинских осмотров несовершеннолетних считается законченным (I этап) при условии проведения осмотра врачом-психиатром. При

этом в структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования, при проведении диспансеризации детей-сирот и медицинских осмотров несовершеннолетних, расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются. Данный вид расходов оплачивается в рамках государственного задания в соответствии с Федеральным Законом от 08 мая 2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (с изменениями).

Оплата диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется в порядке, установленном для диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень исследований пациент направляется на второй этап, оплата которого осуществляется по тарифам посещения/обращения и включены в подушевой норматив финансирования.

1.2.2. При оплате стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, единицей объема считается посещение, а также обращение по поводу заболевания, стоимость которых рассчитывается с учетом содержащихся в них количества УЕТ. При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение.

Классификатор основных медицинских услуг по оказанию стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) представлен в Приложении № 29 к настоящему Тарифному соглашению).

Стоматологическая медицинская помощь, оказываемая пациентам, одновременно находящимся на амбулаторном лечении у врачей других специальностей или находящимся на лечении в условиях дневного стационара, предъявляется к оплате отдельно по утвержденным тарифам УЕТ в стоматологии.

1.2.3. За обращение по поводу заболевания:

Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), в амбулаторно-поликлинических условиях при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение с завершенным результатом лечения, не требующего дальнейшего обращения по тому же поводу (за исключением стоматологии).

Вне зависимости от количества посещений пациента и объема диагностических исследований является оказание медицинской помощи при острых и хронических заболеваниях, травмах, требующих длительного и непрерывного (более 1 месяца) лечения от момента обращения пациента до получения результата. В этих случаях каждый месяц лечения является законченным случаем оказания медицинской помощи и подлежит оплате по тарифу обращения по соответствующей специальности.

1.2.4. Посещение в неотложной форме:

Посещения в связи с оказанием неотложной помощи в рамках базовой программы ОМС - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях и иных состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы для жизни пациента, которая включает проведение лечебных мероприятий в соответствующем структурном подразделении медицинской организации или вне медицинской организации.

Оплата случаев оказания медицинской помощи в приемных отделениях стационаров, не завершившихся госпитализацией пациента, осуществляется как посещение в неотложной форме к врачам соответствующих специальностей по тарифам, утвержденным настоящим Тарифным соглашением.

1.3. Особенности оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

Случаи оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях выставляются к оплате по факту завершения оказания медицинской помощи (посещение, обращение (законченный случай), медицинскую услугу).

При одновременном оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу различных заболеваний (состояний) врачами разных специальностей формируются два и более случая.

Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), осуществляется при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе

которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случаях прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении № 19, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с Программой ОМС для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний.

Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по КСГ, осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Перечень видов ВМП), включенных в базовую программу, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по Перечню видов ВМП, не включенных в базовую программу, для которых Программой установлена средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в случае их включения в территориальную программу обязательного медицинского страхования сверх базовой программы;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их включения в территориальную программу обязательного медицинского страхования сверх базовой программы;

- услуг диализа, включающих различные методы.

КСГ определяются в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», в соответствии со справочником «Расшифровкой групп КС 2026.xlsx», размещенного в электронном виде на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования в сети Интернет в разделе «Документы», а также на сайте ТФОМС в разделе «Нормативные документы».

К прерванным случаям оказания медицинской помощи (далее – прерванный случай) 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 и наоборот);

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, изложенным в подпунктах 1-7 данного раздела) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенный в Приложении № 19 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, st37.030. st37.031, ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.027 с длительностью лечения менее количества дней, в соответствии со справочником «Расшифровкой групп КС 2026.xlsx», размещенного в электронном виде на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования в сети Интернет в разделе «Документы», а также на сайте ТФОМС в разделе «Нормативные документы».

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 госпитализации/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.

Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным данным разделом основаниям;

2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

3. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

5. Проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

7. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

8. Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

10. В случае длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней.

Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 "Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)", без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013-st36.015 "Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)" с пересекающимися сроками лечения не допускается.

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) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 90 процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней -100 процентов от стоимости КСГ.

Приложением № 28 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи по КСГ, не входящие Приложение № 23 к Тарифному соглашению, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных.

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не

проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 50 процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 80 процентов от стоимости КСГ.

По прерванным случаям проводится медико-экономическая экспертиза, при необходимости экспертиза качества медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 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» и Приложением № 30.

Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;
2. Коэффициент относительной затратоемкости;
3. Коэффициент дифференциации (при наличии);
4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;
6. Коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС(ксг)) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД_{*} \times КСЛП,$$

где:

БС - базовая ставка, рублей;

КЗКСГ - коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;

КСКСГ коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);

КУСМО - коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент – 1,0;

КД - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462), соответствует значению 1,28;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП);

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).

КСГ, к которым не применяются понижающие и повышающие коэффициенты специфики представлены в Приложении № 24 к настоящему Тарифному соглашению.

КСГ, к которым не применяются коэффициенты уровня (подуровня) медицинской организации представлены в Приложении № 25 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты сложности лечения пациента (далее - КСЛП) могут применяться в условиях круглосуточного стационара к отдельным случаям. КСЛП учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях. КСЛП устанавливается на основании объективных критериев. Решение о применении КСЛП принимается лечащим врачом с указанием основания для применения КСЛП в медицинской карте стационарного больного в выписном эпикризе.

КСЛП приведены в Приложении № 20. КСЛП не может применяться при оплате случаев лечения, оплачиваемых по КСГ st12.012 "Грипп, вирус гриппа идентифицирован" и КСГ st12.015 - st12.019, используемых для оплаты случаев лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

К сопутствующим заболеваниям и осложнениям заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента, целесообразно относить:

- Сахарный диабет типа 1 и 2;
- Заболевания, включенные в Перечень редких (орфанных) заболеваний, размещенный на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации[1];
- 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).

Перечень сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации, представлен в Приложении № 21.

Перечень хирургических вмешательств, при проведении которых одновременно на двух парных органах может быть применен КСЛП, представлен в Приложении № 22.

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных Приложением № 20, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

При расчете окончательной стоимости случая лечения в целях применения КСЛП учитывается возраст пациента на дату начала госпитализации.

Обоснованность предъявления на оплату и формирования стоимости случая медицинской помощи с КСЛП подлежит обязательному экспертному контролю СМО, в том числе оценивается обоснованность применения коэффициентов.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, включают затраты за счет средств ОМС в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по оказанию медицинской помощи при лечении основного

---

[1] https://minzdrav.gov.ru/documents/8048-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy

заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и (или) требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного отделения, приемного отделения, консультации специалистов, оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами, все виды анестезий, включая наркоз, реанимацию и интенсивную терапию, лабораторные, рентгенологические исследования, другие диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж и лечебную физкультуру).

В условиях круглосуточного и дневного стационаров осуществляется обеспечение граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в дневных стационарах, а также скорой и неотложной медицинской помощи.

3. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара оплата осуществляется:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных Приложением № 19, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 90 процентов от стоимости КСГ;

-при длительности лечения более 3-х дней – 100 процентов от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50 процентов от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 80 процентов от стоимости КСГ.

По прерванным случаям проводится медико-экономическая экспертиза, при необходимости экспертиза качества медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 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».

В период лечения, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами и расходными материалами, в том числе для профилактики осложнений, при этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг, не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

Оплата гемодиализа осуществляется за услугу (сеанс) и оплачивается в рамках законченного случая лечения заболевания. Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. Базовый тариф на оплату услуги гемодиализа установлен в Приложении № 27.

4. Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи

- оплата скорой медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией города Байконур лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, производятся по тарифу стоимости одного вызова скорой медицинской помощи в Приложении № 28.

5. Применение показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе по показателям объемов

5.1. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, определяется доля средств в размере 1% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом бальной оценки.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций субъекта Российской Федерации проводится Комиссией, частота проведения мониторинга - один раз в квартал.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими

организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам года. Выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за декабрь или ноябрь (по решению Комиссии).

Приложением № 31 к Тарифному соглашению определен перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (далее – показатели результативности деятельности).

Рекомендуемая методика включает разделение оценки показателей на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи – профилактические мероприятия и диспансерное наблюдение разным категориям населения (взрослому населению, детскому населению, акушерско-гинекологической помощи) в амбулаторных условиях.

Коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулирующими системы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования, необходимо предусмотреть стимулирующие выплаты медицинским работникам за достижение аналогичных показателей.

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется соответствующий балл.

Каждый показатель, включенный в блок оценивается в баллах, которые суммируются.

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется соответствующий балл.

В случае, если медицинская организация удовлетворяет нескольким критериям для начисления баллов, ей присваивается максимальный из возможных для начисления балл. В случае, если значение, указанное в знаменателе соответствующих формул, приведенных в Приложении № 31, равняется нулю, баллы по показателю не начисляются, а указанный показатель может исключаться из числа применяемых показателей при расчете доли достигнутых показателей результативности для медицинской организации за период.

С учетом фактического выполнения показателей медицинские организации распределяются на три группы: I - выполнившие до 40 процентов показателей, II - от 40 (включительно) до 60 процентов показателей, III - от 60 (включительно) процентов показателей. Показатель считается выполненным только при положительном количестве баллов.

Рекомендуемый порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций представлен в Приложении № 31 к настоящему Тарифному соглашению. Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии.

Осуществление выплат стимулирующего характера медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности следует производить в полном объеме при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней 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 прикрепленного населения (взрослого и детского), а также фактического выполнения не менее 90 процентов установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

В случае, если не достигнуто снижение вышеуказанных показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) и (или) выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссией устанавливаются понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат.

Объем средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты, не распределенный между медицинскими организациями II и III группы в результате применения вышеуказанных понижающих коэффициентов к размеру стимулирующих выплат, распределяется между указанными медицинскими организациями пропорционально размеру стимулирующих выплат с учетом вышеуказанных понижающих коэффициентов.

Приложение № 3
к Дополнительному соглашению № 1

Приложение № 16
к Тарифному соглашению на 2026 год

Тарифы на оплату отдельных диагностических и лабораторных исследований

№ п/п	Наименование услуги	Тариф, руб.
1.	Компьютерная томография (КТ)	4401,79
1.1.	без контрастирования	4401,79
2.	Ультразвуковые исследования (УЗИ) сердечно-сосудистой системы	949,5
2.1.	эхокардиография	892,55
2.2.	допплерография сосудов	940,01
2.3.	дуплексное сканирование сосудов	1 042,08
3.	Эндоскопические диагностические обследования	1 741,06
3.1.	Эзофагогастродуоденоскопия (без биопсии)	1 812,96
3.2.	Эзофагогастродуоденоскопия (с биопсией)	2 099,12
3.3.	Колоноскопия (без биопсии)	1 911,04
3.4.	Колоноскопия (с биопсией)	2 057,20
3.5.	Ректосигмоидоскопия (без биопсии)	1 448,38
3.6.	Ректосигмоидоскопия (с биопсией)	1 664,54
4.	Патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	3375,49

Приложение № 4
к Дополнительному соглашению № 1

Приложение № 20
к Тарифному соглашению на 2026 год

«Перечень случаев, для которых установлен КСЛП»

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
sl001	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до четырех лет, детей старше четырех 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 случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2 настоящего перечня	0,2
sl002	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до четырех лет, детей старше четырех 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, получающих медицинскую помощь по профилям «онкология», «детская онкология» и (или) «гематология»	0,6
sl003	оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра, за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки	0,2
sl004	развертывание индивидуального поста	0,2
sl005	наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии[1], требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации	0,6
sl006	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1)[2]	0,05

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
sl007	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2) [2]	0,47
sl008	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3) [2]	1,16
sl009	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4) [2]	2,07
sl010	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 5) [2]	3,49
sl011	проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов[3]	0,18
sl014	проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации	0,05
sl015	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1)*	0,14
sl016	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2)*	0,34
sl017	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3)*	1,28
sl018	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1)*	0,26
sl019	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2)*	1,07
sl020	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3)*	2,3

1 – наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания) из перечня, определенного тарифным соглашением, медицинская помощь в соответствии с
которым оказывалась пациенту в период госпитализации 2 – перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определен Тарифным соглашением

3 – 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 отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации)

* – стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

Приложение № 5
к Дополнительному соглашению № 1

Приложение № 23
к Тарифному соглашению на 2026 год

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию

N КСГ	Наименование КСГ
	В стационарных условиях
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
st02.013	Операции на женских половых органах (уровень 4)
st02.015	Операции на женских половых органах (уровень 5)
st02.016	Операции на женских половых органах (уровень 6)
st02.017	Операции на женских половых органах (уровень 7)
st02.014	Слинговые операции при недержании мочи
st09.001	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)
st09.002	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)
st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
st09.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)
st09.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)
st09.007	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)
st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
st09.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7)
st10.001	Детская хирургия (уровень 1)
st10.002	Детская хирургия (уровень 2)
st10.003	Аппендэктомия, дети
st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
st10.006	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)
st10.007	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)
st10.008	Другие операции на органах брюшной полости, дети
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st13.008	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 1)
st13.009	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 2)
st13.010	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 3)
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st14.003	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)
st14.004	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 4)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st16.007	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)
st16.008	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)
st16.009	Операции на периферической нервной системе (уровень 1)
st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
st18.002	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа
st19.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)

st19.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
st19.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.006	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
st19.009	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
st19.010	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
st19.011	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
st19.012	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)
st19.013	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)
st19.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)
st19.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
st19.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 1)
st19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 2)
st19.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
st19.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
st19.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
st19.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
st19.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
st19.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
st19.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)
st19.123	Прочие операции при ЗНО (уровень 1)
st19.124	Прочие операции при ЗНО (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.104	Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.007	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st21.009	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
st21.010	Интравитреальное введение лекарственных препаратов
st21.011	Микроинвазивная субтотальная витрэктомия с субретинальным введением лекарственного препарата воретиген непарвовек (без учета стоимости лекарственного препарата) (только для федеральных медицинских организаций)
st24.004	Ревматические болезни сердца (уровень 2)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st25.005	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)
st25.006	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)
st25.007	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)
st25.008	Операции на сосудах (уровень 1)
st25.009	Операции на сосудах (уровень 2)
st25.010	Операции на сосудах (уровень 3)
st25.011	Операции на сосудах (уровень 4)
st25.012	Операции на сосудах (уровень 5)
st25.013	Баллонная вазодилатация с установкой 1 стента в сосуд (сосуды) (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)
st25.014	Баллонная вазодилатация с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды) (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)

st25.015	Баллонная вазодилатация с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды) (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)
st25.016	Баллонная вазодилатация с установкой 1 стента в сосуд (сосуды) (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)
st25.017	Баллонная вазодилатация с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды) (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)
st25.018	Баллонная вазодилатация с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды) (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)
st25.019	Ишемическая болезнь сердца с установкой 1 стента в сосуд (сосуды)
st25.020	Ишемическая болезнь сердца с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды)
st25.021	Ишемическая болезнь сердца с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды)
st25.022	Имплантация частотно-адаптированного однокамерного кардиостимулятора
st25.023	Эндоваскулярная тромбэкстракция и стентирование брахиоцефальных артерий при остром ишемическом инсульте
st27.007	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)
st27.009	Другие болезни сердца (уровень 2)
st28.002	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)
st28.003	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)
st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
st29.007	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
st29.008	Эндопротезирование суставов
st29.009	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
st29.010	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
st29.011	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.007	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.013	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
st30.016	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7)
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
st31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
st31.005	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)
st31.006	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)
st31.007	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)
st31.008	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)
st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
st31.015	Остеомиелит (уровень 3)
st31.019	Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)
st32.001	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.003	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)
st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
st32.005	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)
st32.006	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
st32.007	Панкреатит, хирургическое лечение
st32.008	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
st32.009	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
st32.011	Аппендэктомия, взрослые
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
st32.019	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 4)

st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st32.017	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
st32.018	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3)
st32.020	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 4)
st32.021	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 5)
st33.005	Ожоги (уровень 3)
st33.006	Ожоги (уровень 4)
st33.007	Ожоги (уровень 5)
st33.008	Ожоги (уровень 4, 5) с синдромом органной дисфункции
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)
st34.004	Операции на органах полости рта (уровень 3)
st34.005	Операции на органах полости рта (уровень 4)
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
	В условиях дневного стационара
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.003	Операции на женских половых органах (уровень 1)
ds02.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)
ds09.001	Операции на мужских половых органах, дети
ds09.002	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети
ds10.001	Операции по поводу грыж, дети
ds13.002	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов
ds14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
ds14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
ds16.002	Операции на периферической нервной системе
ds18.003	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа
ds19.016	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
ds19.017	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
ds19.028	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.004	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
ds20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds21.007	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
ds21.008	Интравитреальное введение лекарственных препаратов
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds25.002	Операции на сосудах (уровень 1)
ds25.003	Операции на сосудах (уровень 2)
ds28.001	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения
ds29.001	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
ds29.002	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
ds29.003	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
ds30.002	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
ds30.003	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
ds30.004	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
ds30.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
ds30.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
ds31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
ds31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
ds31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
ds31.005	Операции на органах кроветворения и иммунной системы
ds31.006	Операции на молочной железе
ds32.001	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
ds32.002	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
ds32.003	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
ds32.004	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)

ds32.005	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
ds32.006	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях
ds32.007	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
ds32.008	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)

Приложение № 6
к Дополнительному соглашению № 1

Приложение № 34
к Тарифному соглашению на 2026 год

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также коэффициенты, применяемые для расчета дифференцированного подушевого норматива ФГБУЗ ЦМСЧ №1 ФМБА России

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц амбулаторно-поликлинической помощи, без учета коэффициента дифференциации, руб.	Коэффициент половозрастного состава	Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации	Коэффициент уровня расходов медицинских организаций	Коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий 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	Коэффициент дифференциации	Дифференцированный подушевой норматив финансирования, руб.
3 777,86	1,00	1,00	1,00	1,00	1,28	4 835,67

Приложение № 7
к Дополнительному соглашению № 1

Приложение № 35
к Тарифному соглашению на 2026 год

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в условиях скорой медицинской помощи, а также коэффициенты, применяемые для расчета дифференцированного подушевого норматива ФГБУЗ ЦМСЧ№1 ФМБА России

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц по скорой медицинской помощи, без учета коэффициента дифференциации, руб.	Коэффициент половозрастного состава	Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации	Коэффициент уровня расходов медицинских организаций	Коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий 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	Коэффициент дифференциации	Дифференцированный подушевой норматив финансирования, руб.
1 259,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,28	1 612,77