

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 2

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

г. Байконур

30 марта 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 30 марта 2026 г. (протокол № 3), 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. Абзацы 8 - 9 преамбулы Тарифного соглашения читать в новой редакции:

Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 февраля 2026 г. № 31-2/И/2-2986 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026-2028 годы»;

Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.02.2026 г. № 31-2/И/2-3021 «О Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

1.2. Пункт 5.5 подраздела 5 раздела II «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории города Байконур» Тарифного соглашения исключить.

1.3. Пункт 7.1 подраздела 7 раздела III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» Тарифного соглашения дополнить подпунктом 7.1.1: «Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на:

- оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, в том числе первичную доврачебную, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную в том числе по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в

соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи - посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием;

- оплату неотложной медицинской помощи;
- оплату проведения диспансерного наблюдения детского населения.».

1.4. Пункт 7.1 подраздела 7 раздела III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» Тарифного соглашения дополнить подпунктом 7.1.2: «Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования:

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала;

- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также оплата II этапа профилактических мероприятий;

- диспансеризации детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения.».

1.5. Пункт 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 читать в новой редакции: «Размеры подушевых нормативов финансирования в разрезе условий оказания медицинской помощи, применяемые для расчета штрафа за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества составляют:

- по медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях – 4 826,02 руб.;
- по медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях – 12 016,09 руб.;
- по медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – 2 762,02 руб.;
- по скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – 1 612,77 руб.».

1.6. Приложение № 2 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению № 1 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.7. Приложение № 4 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению № 2 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.8. Приложение № 6 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению № 3 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.9. Приложение № 7 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению № 4 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.10. Приложение № 11 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению № 5 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.11. Приложение № 12 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению № 6 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.12. Приложение № 14 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению № 7 к настоящему Дополнительному соглашению.


1.13. Приложение № 34 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению № 8 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.14. Приложения № 5, 8, 9, 10 к Тарифному соглашению исключить.

2. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения, распространяется на правоотношения, возникшие с 01 марта 2026 года 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



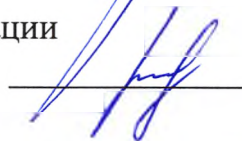
Е.С. Гачегова

от Страховой медицинской
Организации АО «СК «СОГАЗ-Мед»



Ж.Н. Избаева

от Первичной профсоюзной организации
комплекса «Байконур»



А.А. Кулмурзаева

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 гемодиализации;

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) тарифы услуг 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 № 4, № 11 к настоящему Тарифному соглашению;

2) тарифы услуг для прохождения диспансеризации приведены в Приложениях № 4 к настоящему Тарифному соглашению;

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

4) тарифы услуг 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 № 4 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 выполненными 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 Приложению № 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 завершённым 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 клинко-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 клинко-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 клинко-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 «Расшифровка 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, st37.031, st37.032, st37.033, st37.034, st37.035, ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020 - ds12.028 с длительностью лечения менее количества дней,

в соответствии со справочниками «Расшифровка групп КС 2026.xlsx» и «Расшифровка групп ДС 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 части оплаты случаев оказания медицинской помощи по КСГ st36.049 "Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)", Программой установлено, что оплата диспансеризации маломобильных граждан, госпитализированных в медицинскую организацию для проведения первого и второго этапов диспансеризации, проводимой в стационарных условиях, осуществляется при условии обязательного выполнения 100 процентов объема первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, предусмотренной порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, для соответствующего пола и возраста, а также второго этапа (при наличии показаний). В случае невыполнения в полном объеме приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств в рамках I этапа в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 N 404н, указанный случай оказания медицинской помощи в случае его выставления по КСГ st36.049 следует отклонять от оплаты в полном объеме. При этом случай лечения по КСГ st36.049 может быть отнесен к прерванному в случаях, предусмотренных подпунктами 1, 2, 4, 5, 6 настоящего пункта.

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 основаниям согласно данного раздела;

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.

11. В случае выявления у маломобильного гражданина в ходе проведения диспансеризации в стационарных условиях по КСГ st36.049 "Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)" заболеваний и (или) состояний, требующих оказания ему специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и оказания медицинской организацией, проводившей диспансеризацию в стационарных условиях, соответствующей медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложены вышеперечисленных подпунктах 2–10, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2–4 при определении прерванных случаев, указанных в данном разделе.

В случае, если оплата законченного случая лечения осуществляется по двум и более КСГ, значение КСЛП применяется однократно к одной из КСГ, входящих в законченный случай лечения, за исключением:

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;

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

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:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{Мо} + БС \times КД^* \times КС_{ЛП},$$

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 Федерации¹;
- 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).

¹ <https://minzdrav.gov.ru/documents/8048-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy>

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 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, производится 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 города Байконур 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 регулируемыми 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 № 2
к Дополнительному соглашению № 2

Приложение № 4
к Тарифному соглашению на 2026 год

Тарифы на исследования и медицинские вмешательства, выполняемые в рамках проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (включая II этап) определенных групп взрослого населения на 2026 г.

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Тариф, руб.
В04.047.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	490,10
В04.047.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового	490,10
В01.070.002	Прием (осмотр, консультация) врача по медицинской профилактике первичный	490,10
В04.001.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога	684,16
В04.008.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога	421,00
В04.018.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога	522,13
В04.023.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	581,43
В04.028.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	406,91
В04.029.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	348,81
В04.053.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-уролога	422,49
В04.057.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-хирурга	522,13
А02.26.015	Офтальмотонометрия	284,61
А03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия (без биопсии)	1 812,96
А03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия (с биопсией)	2 099,12
А05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	537,42
А06.09.006	Флюорография легких	510,00
А06.09.007	Рентгенография легких	510,00
А06.20.004	Маммография*	1 237,00

A08.20.017	Цитологическое исследование микропрепаратов шейки матки и цервикального канала с окраской по Папаниколау	748,00
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	206,70
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	103,35
A09.05.027.901	Исследование уровня липопротеида (а) в крови	1 135,21
A09.05.025	Исследование уровня триглицеридов в крови	48,86
A09.05.004	Исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности в крови	151,40
A09.05.028	Исследование уровня холестерина липопротеинов низкой плотности	239,58
A09.05.028.901	Исследование уровня холестерина липопротеинов очень низкой плотности	444,81
A09.05.083	Исследование уровня гликированного гемоглобина в крови	493,26
A09.05.130	Исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови	526,87
A09.19.001.002	Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (количественно)	975,13
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	82,35
A11.20.025	Получение соскоба с шейки матки	141,85
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	57,61
A26.06.041.002	Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	477,48
V03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	426,28
V04.070.002	Индивидуальное краткое профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний	280,52
V04.070.003	Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний первичное	455,51
V04.070.005	Групповое профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний	152,72
A04.12.005.003	Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий	1 042,08
A03.18.001	Колоноскопия (с биопсией)	1 911,04
A03.18.001	Колоноскопия (без биопсии)	2 057,20
A06.09.005	Компьютерная томография	4 401,79
A03.01.001	Осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия)	114,06

*тариф включает в себя второе чтение

Приложение № 3
к Дополнительному соглашению № 2

Приложение № 6
к Тарифному соглашению на 2026 год

Тарифы на исследования и медицинские вмешательства, выполняемые в рамках проведения углубленной диспансеризации на 2026 г.

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Тариф, руб.
В04.047.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	490,10
В04.047.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового	490,10
А12.09.005	Пульсоксиметрия	37,33
А12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	57,61
А11.12.009	Взятие крови из периферической вены	82,35
В03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	482,55
А09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	103,35
А09.05.028	Исследование уровня холестерина липопротеинов низкой плотности	239,58
А09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	235,03
А09.05.041	Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови	105,17
А09.05.042	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови	105,17
А09.05.039	Определение активности лактатдегидрогеназы в крови	105,17
А09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	120,14
А09.05.051.001	Определение концентрации Д-димера в крови	234,44
А23.30.023.002	Тест 6-минутной ходьбы	99,50
А06.09.007	Рентгенография легких	510,00
А04.12.006.002	Дуплексное сканирование вен нижних конечностей	1 042,08
А04.10.002	Эхокардиография	892,55
А06.09.005	Компьютерная томография органов грудной полости	4 401,79

Приложение № 4
к Дополнительному соглашению № 2

Приложение № 7
к Тарифному соглашению на 2026 год

Тарифы медицинских услуг в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья на 2026 год

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Тариф, руб.
B04.001.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога	684,16
B04.053.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-уролога	422,49
B04.057.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-хирурга*	522,13
B01.001.002	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный	684,16
B01.053.002	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога повторный	422,49
B01.057.002	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга повторный*	522,13
A04.20.002	Ультразвуковое исследование молочных желез	805,16
A04.21.001	Ультразвуковое исследование предстательной железы	1 360,65
A04.28.003	Ультразвуковое исследование органов мошонки	1 202,04
A04.30.010	Ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	1 004,91
A11.20.025	Получение соскоба с шейки матки	141,85
A08.20.017.002	Жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки	1 215,48
A12.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	303,03
A12.21.001	Микроскопическое исследование спермы	303,03
A12.21.005	Микроскопическое исследование осадка секрета простаты	303,03
A12.28.011	Микроскопическое исследование осадка мочи	303,03
A12.28.015	Микроскопическое исследование отделяемого из уретры	303,03
A26.20.020.001	Определение ДНК хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) в отделяемом слизистых оболочек женских половых органов методом ПЦР	312,10
A26.21.020	Молекулярно-биологическое исследование спермы на хламидии (<i>Chlamidia trachomatis</i>)	312,10
A26.21.007.001	Определение ДНК хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) в отделяемом из уретры методом ПЦР	312,10
A26.21.037.001	Определение ДНК хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) в секрете простаты методом ПЦР	312,10

A26.28.014.001	Определение ДНК хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) в моче методом ПЦР	312,10
A26.20.026.001	Определение ДНК трихомонас вагиналис (<i>Trichomonas vaginalis</i>) в отделяемом слизистых оболочек женских половых органов методом ПЦР	312,10
A26.21.025	Молекулярно-биологическое исследование спермы на трихомонас вагиналис (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	312,10
A26.21.030.001	Определение ДНК трихомонас вагиналис (<i>Trichomonas vaginalis</i>) в отделяемом из уретры методом ПЦР	312,10
A26.21.040.001	Определение ДНК трихомонас вагиналис (<i>Trichomonas vaginalis</i>) в секрете простаты методом ПЦР	312,10
A26.28.016.001	Определение ДНК трихомонас вагиналис (<i>Trichomonas vaginalis</i>) в моче методом ПЦР, качественное исследование	312,10
A26.20.022.001	Определение ДНК гонококка (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>) в отделяемом слизистых оболочек женских половых органов методом ПЦР	312,10
A26.21.024	Молекулярно-биологическое исследование спермы на гонококк (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	312,10
A26.21.036.901	Определение ДНК гонококка (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>) в отделяемом из уретры методом ПЦР	312,10
A26.21.038.001	Определение ДНК гонококка (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>) в секрете простаты методом ПЦР	312,10
A26.28.015.001	Определение ДНК гонококка (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>) в моче методом ПЦР	312,10
A26.20.027.001	Определение ДНК микоплазмы гениталиум (<i>Mycoplasma genitalium</i>) в отделяемом слизистых оболочек женских половых органов методом ПЦР	312,10
A26.21.021	Молекулярно-биологическое исследование спермы на микоплазму гениталиум (<i>Mycoplasma genitalium</i>)	312,10
A26.21.031.001	Определение ДНК микоплазмы гениталиум (<i>Mycoplasma genitalium</i>) в отделяемом из уретры методом ПЦР	312,10
A26.21.041.001	Определение ДНК микоплазмы гениталиум (<i>Mycoplasma genitalium</i>) в секрете простаты методом ПЦР	312,10
A26.28.017.001	Определение ДНК микоплазмы гениталиум (<i>Mycoplasma genitalium</i>) в моче методом ПЦР	312,10
A26.20.009.004	Определение ДНК и типа вируса папилломы человека (<i>Papilloma virus</i>) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом ПЦР	387,76
A26.21.023	Молекулярно-биологическое исследование спермы на уреоплазмы (<i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Ureaplasma parvum</i>)	312,10
A26.21.033.001	Определение ДНК уреоплазм (<i>Ureaplasma spp.</i>) в отделяемом из уретры методом ПЦР, качественное исследование	312,10

A26.21.043.001	Определение ДНК уреоплазм (<i>Ureaplasma spp.</i>) в секрете простаты методом ПЦР	312,10
A26.28.019.001	Определение ДНК уреоплазм (<i>Ureaplasma spp.</i>) в моче методом ПЦР, качественное исследование	312,10
A26.21.022	Молекулярно-биологическое исследование спермы на микоплазму хоминис (<i>Mycoplasma hominis</i>)	312,10
A26.21.032.001	Определение ДНК микоплазмы хоминис (<i>Mycoplasma hominis</i>) в отделяемом из уретры методом ПЦР, качественное исследование	312,10
A26.21.042.001	Определение ДНК микоплазмы человеческой (<i>Mycoplasma hominis</i>) в секрете предстательной железы методом ПЦР	312,10
A26.28.018.001	Определение ДНК микоплазмы хоминис (<i>Mycoplasma hominis</i>) в моче методом ПЦР, качественное исследование	312,10
B03.053.002	Спермограмма	551,47

Приложение № 5
к Дополнительному соглашению № 2

Приложение № 11
к Тарифному соглашению на 2026 год

Тарифы на исследования и медицинские вмешательства, выполняемые в рамках проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот, 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" на 2026 г.

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Тариф, руб.
В04.031.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	739,10
В04.031.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового	739,10
В04.001.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога	684,16
В04.010.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача - детского хирурга	522,13
В04.057.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-хирурга	522,13
В04.023.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	581,43
В04.028.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	406,91
В04.029.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	348,81
В04.050.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда	522,13
В04.053.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского уролога-андролога	422,49
В04.053.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-уролога	422,49
В04.058.003	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога	1 008,28
В01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	1 008,28
В04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	70,94

B04.065.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	70,94
A02.26.003	Офтальмоскопия	480,18
A04.10.002	Эхокардиография	892,55
A04.04.001.001	Ультразвуковое исследование тазобедренного сустава	1 310,16
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	1 890,65
A04.21.001	Ультразвуковое исследование предстательной железы	1 360,65
A04.22.001	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	974,99
A04.23.001	Нейросонография	864,96
A04.28.002.001	Ультразвуковое исследование почек	1 280,20
A04.28.003	Ультразвуковое исследование органов мошонки	1 202,04
A04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное	1 502,55
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	537,42
A12.25.004	Исследование слуха у новорожденного с помощью отоакустической эмиссии	1 974,30
A05.25.002	Исследование вызванной отоакустической эмиссии	1 974,30
A09.05.026.901	Исследование уровня холестерина в крови экспресс методом с использованием тест-полосок	548,34
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	82,35
A11.05.001	Взятие крови из пальца	64,31
B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	426,28
B03.016.006	Общий (клинический) анализ мочи	111,30
A06.09.006	Флюорография легких	510,00
A06.09.007	Рентгенография легких	510,00
A12.26.002	Очаговая проба с туберкулином (без стоимости аллергена)	216,20

Приложение № 6
к Дополнительному соглашению № 2

Приложение № 12
к Тарифному соглашению на 2026 год

Тарифы на исследования и медицинские вмешательства, выполняемые в рамках проведения диспансерного наблюдения на 2026 г.

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Тариф, руб.
A02.25.001	Осмотр органа слуха (микроотоскопия) при диспансерном наблюдении	885,98
A03.01.001	Осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия)	114,06
A03.07.001.101	Люминесцентная стоматоскопия, осуществленная врачом-стоматологом	165,90
A03.07.001.102	Люминесцентная стоматоскопия, осуществленная зубным врачом	124,43
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия (без биопсии)	1 812,96
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия (с биопсией)	2 099,12
A03.18.001	Колоноскопия (с биопсией)	1 911,04
A03.18.001	Колоноскопия (без биопсии)	2 057,20
A03.20.001	Кольпоскопия	1 050,73
A03.26.002	Гониоскопия при диспансерном наблюдении	377,89
A03.26.020	Компьютерная периметрия	672,84
A03.28.001	Цистоскопия	1 573,07
A03.28.003	Уретероскопия	409,36
A04.01.001	Ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая зона)	805,16
A04.03.003	Ультразвуковая денситометрия	997,10
A04.06.002	Ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	805,16
A04.07.002	Ультразвуковое исследование слюнных желез	805,16
A04.09.002	Ультразвуковое исследование легких	805,16
A04.10.002	Эхокардиография	892,55
A04.12.005.003	Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий	1 042,08
A04.14.001	Ультразвуковое исследование печени при диспансерном наблюдении	907,87
A04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря и протоков при диспансерном наблюдении	907,87
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	1 890,65

A04.19.001.001	Ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное	808,80
A04.20.002	Ультразвуковое исследование молочных желез	805,16
A04.21.001	Ультразвуковое исследование предстательной железы	1 360,65
A04.21.002	Ультразвуковое исследование сосудов полового члена при диспансерном наблюдении	462,00
A04.22.001	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	974,99
A04.26.002	Ультразвуковое исследование глазного яблока	1 134,83
A04.26.003	Ультразвуковое сканирование глазницы при диспансерном наблюдении	1 132,53
A04.28.002.001	Ультразвуковое исследование почек	1 280,20
A04.28.002.003	Ультразвуковое исследование мочевого пузыря	688,96
A04.30.003	Ультразвуковое исследование забрюшинного пространства	613,20
A04.30.010	Ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексное)	1 004,91
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	537,42
A05.10.007	Мониторирование электрокардиографических данных	1 358,05
A05.10.008	Холтеровское мониторирование сердечного ритма	1 662,50
A05.23.001	Электронцефалография при диспансерном наблюдении	1 460,88
A06.03.005	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях	518,23
A06.03.010	Рентгенография шейного отдела позвоночника	601,36
A06.03.013	Рентгенография грудного отдела позвоночника	601,36
A06.03.016	Рентгенография поясничного и крестцового отдела позвоночника	601,36
A06.03.020	Рентгенография позвоночника, вертикальная	1 049,58
A06.03.028	Рентгенография плечевой кости	601,73
A06.03.041	Рентгенография таза	518,23
A06.03.043	Рентгенография бедренной кости	518,23
A06.03.057	Рентгенография пораженной части костного скелета	601,36
A06.09.007	Рентгенография легких	510,00
A06.09.007.001	Прицельная рентгенография органов грудной клетки	518,23
A06.20.004	Маммография*	1 237,00
A06.28.002	Внутривенная урография при диспансерном наблюдении	2 895,27
A06.30.004.001	Обзорная рентгенография органов брюшной полости при диспансерном наблюдении	1 914,82
A08.01.002	Цитологическое исследование микропрепарата при диспансерном наблюдении	638,27
A08.05.001	Цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма)	94,57

A08.06.001	Цитологическое исследование препарата тканей лимфоузла	167,07
A08.20.012	Цитологическое исследование микропрепарата тканей влагалища	167,07
A08.20.017	Цитологическое исследование микропрепаратов шейки матки и цервикального канала с окраской по Папаниколау	748,00
A08.20.017.002	Жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки и цервикального канала	1 215,48
A08.22.005	Цитологическое исследование микропрепарата тканей щитовидной и/или паращитовидной железы	602,56
A08.28.012	Исследование мочи для выявления клеток опухоли	167,07
A08.30.006	Гистологическое исследование с целью выявления онкологических заболеваний	1 266,17
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови при диспансерном наблюдении	96,78
A09.05.004	Исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности в крови	151,40
A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	235,03
A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	168,21
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	148,62
A09.05.014	Определение соотношения белковых фракций методом электрофореза	454,27
A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	187,79
A09.05.018	Исследование уровня мочевой кислоты в крови	167,06
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	120,14
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	190,10
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	206,70
A09.05.025	Исследование уровня триглицеридов в крови	138,25
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	103,35
A09.05.028	Исследование уровня холестерина липопротеинов низкой плотности	239,58
A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	116,64
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	105,61
A09.05.032	Исследование уровня общего кальция в крови	109,45
A09.05.033	Исследование уровня неорганического фосфора в крови при диспансерном наблюдении	127,88
A09.05.034	Исследование уровня хлоридов в крови	343,62
A09.05.039	Определение активности лактатдегидрогеназы в крови	105,17
A09.05.041	Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови	105,17
A09.05.042	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови	105,17
A09.05.043	Определение активности креатинкиназы в крови	122,94

A09.05.044	Определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови при диспансерном наблюдении	175,12
A09.05.046	Определение активности щелочной фосфатазы в крови	175,12
A09.05.050	Исследование уровня фибриногена в крови	102,46
A09.05.051.001	Определение концентрации Д-димера в крови	234,44
A09.05.054.001	Исследование уровня общего иммуноглобулина Е в крови при диспансерном наблюдении	531,13
A09.05.054.002	Исследование уровня иммуноглобулина А в крови	318,39
A09.05.054.003	Исследование уровня иммуноглобулина М в крови	318,39
A09.05.054.004	Исследование уровня иммуноглобулина G в крови	318,39
A09.05.056	Исследование уровня инсулина плазмы крови	887,44
A09.05.057	Исследование уровня гастрина сыворотки крови	933,94
A09.05.058	Исследование уровня паратиреоидного гормона в крови	545,38
A09.05.060	Исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) в крови при диспансерном наблюдении	237,34
A09.05.061	Исследование уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови при диспансерном наблюдении	269,59
A09.05.063	Исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови	245,40
A09.05.064	Исследование уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови при диспансерном наблюдении	232,73
A09.05.065	Исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	413,61
A09.05.067	Исследование уровня адренкортикотропного гормона в крови	800,94
A09.05.069	Исследование уровня альдостерона в крови при диспансерном наблюдении	1 035,75
A09.05.075.001	Исследование уровня С3 фракции комплемента при диспансерном наблюдении	465,45
A09.05.075.002	Исследование уровня С4 фракции комплемента при диспансерном наблюдении	465,45
A09.05.078	Исследование уровня общего тестостерона в крови	319,14
A09.05.083	Исследование уровня гликированного гемоглобина в крови	493,26
A09.05.085	Исследование уровня гистамина в крови	3 239,64
A09.05.087	Исследование уровня пролактина в крови при диспансерном наблюдении	192,40
A09.05.089	Исследование уровня связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) в сыворотке крови	858,33
A09.05.090	Исследование уровня хорионического гонадотропина в крови	454,27
A09.05.106	Исследование уровня парапротеинов в крови	2 689,74
A09.05.106.001	Исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации	6 635,84
A09.05.106.003	Исследование моноклональности легких цепей иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации	6 635,84
A09.05.117	Исследование уровня тиреоглобулина в крови	498,10

A09.05.119	Исследование уровня кальцитонина в крови	2 011,30
A09.05.121	Исследование уровня ренина в крови при диспансерном наблюдении	975,84
A09.05.123	Исследование уровня глюкагона в крови	23 974,53
A09.05.124	Исследование уровня серотонина, его предшественников и метаболитов в крови	2 615,62
A09.05.130	Исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови	526,87
A09.05.131	Исследование уровня лютеинизирующего гормона в сыворотке крови при диспансерном наблюдении	319,14
A09.05.132	Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови при диспансерном наблюдении	321,44
A09.05.133.001	Исследование уровня метанефринов в крови	2 540,31
A09.05.133.002	Исследование уровня норметанефринов в крови при диспансерном наблюдении	739,66
A09.05.135	Исследование уровня общего кортизола в крови	461,84
A09.05.135	Исследование уровня общего кортизола в крови и проба с дексаметазоном 1 мг при диспансерном наблюдении	490,80
A09.05.136	Исследование уровня свободного кортизола в крови	490,13
A09.05.146	Исследование уровня андростендиона в крови	1 255,21
A09.05.153	Исследование уровня прогестерона в крови при диспансерном наблюдении	315,68
A09.05.154	Исследование уровня общего эстрадиола в крови	403,52
A09.05.169	Исследование уровня соматостатина в крови	1 352,09
A09.05.195	Исследование уровня ракового эмбрионального антигена в крови	416,12
A09.05.201	Исследование уровня антигена аденогенных раков СА 19-9 в крови	592,67
A09.05.202	Исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови	588,46
A09.05.203	Исследование уровня ингибина В в крови при диспансерном наблюдении	1 225,85
A09.05.204	Исследование уровня инсулиноподобного ростового фактора I в крови при диспансерном наблюдении	919,39
A09.05.205	Исследование уровня С-пептида в крови	537,95
A09.05.206	Исследование уровня ионизированного кальция в крови при диспансерном наблюдении	206,23
A09.05.227	Определение хромогранина А в крови	5 525,31
A09.05.231	Исследование уровня опухолеассоциированного маркера СА 15-3 в крови при диспансерном наблюдении	668,23
A09.05.245	Исследование уровня бета-2-микроглобулина в крови	1 074,70
A09.05.246	Исследование уровня нейронспецифической енолазы в крови	1 503,74

A09.05.256	Определение уровня натрийуретического пептида в крови при диспансерном наблюдении	688,96
A09.05.298	Исследование уровня антигена плоскоклеточной карциномы (SCC) в крови	1 593,58
A09.05.300.201	Определение секреторного белка эпидидимиса человека 4 (HE4) в крови при диспансерном наблюдении	441,26
A09.07.007	Исследование уровня свободного кортизола в слюне	760,60
A09.16.004	Внутрижелудочное определение концентрации водородных ионов (рН) в желудочном содержимом	1 630,58
A09.28.003.001	Определение альбумина в моче	236,18
A09.28.003.002	Определение количества белка в суточной моче	163,60
A09.28.006	Исследование уровня креатинина в моче	120,47
A09.28.012	Исследование уровня кальция в моче при диспансерном наблюдении	140,56
A09.28.028	Исследование мочи на белок Бенс-Джонса	75,68
A09.28.030.001	Исследование моноклональности иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации	6 635,84
A09.28.030.002	Исследование моноклональности легких цепей иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации	6 635,84
A09.28.034.001	Исследование уровня метанефринов в суточной моче при диспансерном наблюдении	739,66
A09.28.034.002	Исследование уровня норметанефринов в суточной моче при диспансерном наблюдении	739,66
A09.28.035	Исследование уровня свободного кортизола в моче	909,73
A09.28.042	Исследование уровня 5-гидроксииндолуксусной кислоты (5-ОИУК) в моче	2 558,24
A09.30.002	Исследование уровня альфа-фетопротеина (АФП) в сыворотке крови при диспансерном наблюдении	642,88
A11.03.001	Биопсия кости при диспансерном наблюдении	4 231,72
A11.04.001	Биопсия тканей сустава при диспансерном наблюдении	4 231,72
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	82,35
A11.20.005	Получение влагалищного мазка	90,45
A11.20.008	Раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала при диспансерном наблюдении	2 415,99
A11.20.010.001	Биопсия новообразования молочной железы прицельная пункционная под контролем рентгенографического исследования	4 326,19
A11.20.011	Биопсия шейки матки	2 777,75
A11.21.005	Биопсия предстательной железы	5 234,06
A11.21.005.001	Биопсия предстательной железы под контролем ультразвукового исследования	5 450,66

A11.22.001.101	Пункция (биопсия) щитовидной или паращитовидной железы под контролем ультразвукового исследования	3 478,24
A11.99.098	Биопсия слизистых	1 758,13
A11.99.098.002	Биопсия слизистых с использованием эндоскопических технологий	2 434,42
A11.99.099	Биопсия опухолей, опухолеподобных образований мягких тканей, лимфатического узла, слюнной железы, молочной железы, полового члена, ануса и перипростальной области	1 178,61
A11.99.099.001	Биопсия опухолей, опухолеподобных образований мягких тканей, лимфатического узла, слюнной железы, молочной железы под контролем УЗИ	3 454,04
A12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	301,85
A12.05.039	Активированное частичное тромбопластиновое время	94,57
A12.05.118	Исследование уровня эритроцитов в крови при диспансерном наблюдении	172,82
A12.06.017	Определение содержания антител к тироглобулину в сыворотке крови	540,66
A12.06.030	Определение содержания антител к волчаночным фосфолипидам в крови при диспансерном наблюдении	1 626,79
A12.06.045	Определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови	586,43
A12.06.060	Определение уровня витамина В12 (цианокобаламин) в крови	586,38
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (спирометрия)	57,61
A12.09.002.003	Эргоспирометрия	1 187,74
A12.09.010	Микроскопическое исследование нативного и/или окрашенного препарата мокроты при диспансерном наблюдении	620,99
A12.10.001	Электрокардиография с физической нагрузкой	678,30
A12.10.001.101	Электрокардиография в покое	435,50
A12.30.014	Определение международного нормализованного отношения (МНО) при диспансерном наблюдении	331,81
A23.10.003	Тестирование состояния постоянного имплантируемого антиаритмического устройства	683,62
A23.30.023	Проведение теста с физической нагрузкой с использованием эргометра	120,97
A23.30.023.002	Тест 6-минутной ходьбы	99,50
A26.09.010	Микробиологическое (культуральное) исследование мокроты с/без определением антибиотикорезистентности при диспансерном наблюдении	1 323,78
V03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	426,28
V03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	482,55
V03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	654,40

В03.016.005	Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический при диспансерном наблюдении	607,16
В03.016.006	Общий (клинический) анализ мочи	111,30
В03.016.010	Копрологическое исследование при диспансерном наблюдении	360,61
В03.016.014	Исследование мочи методом Нечипоренко при диспансерном наблюдении	307,61
В04.015.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога	707,48
В04.023.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-невролога	707,48
В04.027.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-онколога	707,48
В04.047.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	707,48

*тариф включает в себя второе чтение

Приложение № 7
к Дополнительному соглашению № 2

Приложение № 14
к Тарифному соглашению на 2026 год

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях
по поводу заболевания (обращения)

Специальности	Тариф, руб.	
	Взрослые	Дети
Кардиология	2471,65	2471,65
Педиатрия	-	3922,75
Терапия	1665,49	-
Эндокринология	6506,41	6506,41
Неврология	2508,62	2508,62
Хирургия	2093,40	2093,40
Травматолог-ортопед	-	2093,40
Онкология	2093,40	-
Урология	1193,82	-
Акушерство-гинекология	4571,61	4571,61
Отоларингология	-	1740,09
Офтальмология	1185,29	1185,29
Дерматология	1912,92	1912,92

Приложение № 8
к Дополнительному соглашению № 2

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 городе Байконур	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.
3 770,33	1,00	1,00	1,00	1,00	1,28	4 826,02