

Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в Астраханской области на 2023 год

г. Астрахань

«31» января 2023 года

Настоящее Соглашение разработано и заключено в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» в целях предоставления гражданам в Астраханской области равных условий в получении бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Астраханской области (далее - ТП ОМС).

1. Общие положения

1.1. Участники соглашения:

1. Министерство здравоохранения Астраханской области в лице министра здравоохранения Астраханской области - председателя заседания - А.В. Буркина
2. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Астраханской области в лице директора - С.К. Нахушева
3. Астраханский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в лице директора, действующего на основании Положения об Астраханском филиале ОАО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» и доверенности от 01.01.2023 №Д-4/2023 - секретаря заседания Т.Ю. Шабалиной
4. Региональная общественная организация «Врачебная палата Астраханской области» в лице председателя - В.В. Думченко
5. Астраханская областная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя - Е.В. Свекольниковой

1.2. Предмет соглашения.

1.2.1. Предметом Соглашения являются тарифы на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию

(далее - тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС), предназначенные для оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках утвержденной ТП ОМС на 2023 год в составе Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Астраханской области на 2023 год, утвержденной Постановлением Правительства Астраханской области от 29.12.2022 № 732-П «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Астраханской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» (далее – Программа).

1.2.2. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС являются денежными суммами, определяющими уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций (далее – МО) по выполнению ТП ОМС, с учетом доходной части бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Астраханской области (далее - ТФОМС Астраханской области) на 2023 год.

1.2.3. Тарифы на оплату медицинской помощи (медицинских услуг), оказываемой на территории Астраханской области по видам медицинской помощи рассчитываются исходя из средств, сформированных с учетом объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, предусмотренных Программой из средств ОМС на 2023 год. Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС на 2023 год сформированы с учетом:

- видов высокотехнологической медицинской помощи, в соответствии с разделом I приложения № 23 Программы;

- разъяснений, содержащихся в письме Министерства здравоохранения РФ «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023-2025 годы» (далее – письмо о формировании и экономическом обосновании ТПГГ);

- методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №31-2/И/2-1075 и №00-10-26-2-06/749 от 26.01.2023) (далее - Методические рекомендации)

и в соответствии с:

- численностью приписного и застрахованного населения;

- объемами медицинской помощи, утвержденными Комиссией по разработке ТП ОМС (далее – Комиссия) по видам, условиям и формам ее оказания;

- коэффициентами относительной затратоемкости лечения по группам заболеваний, поправочными коэффициентами оплаты, устанавливаемыми на территориальном уровне;

- показателями доходной части бюджета ТФОМС Астраханской области на 2023 год в соответствии с Законом Астраханской области от 15.12.2022 N 94/2022-ОЗ "О бюджете территориального фонда обязательного медицинского

страхования Астраханской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов".

1.2.4. МО любой формы собственности при определении расходов за счет средств, получаемых от деятельности в ОМС, следует руководствоваться нормативными документами и разъяснениями Минздрава России, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, министерства здравоохранения Астраханской области и ТФОМС Астраханской области.

1.2.5. Расходы МО любой формы собственности, не связанные с оказанием медицинских услуг в рамках выполнения ТП ОМС, в том числе расходы по оплате услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, оборудования, сдаваемых в аренду и (или) используемых при оказании платных услуг, не включаются в структуру тарифов на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) по ОМС на территории Астраханской области и, соответственно, не подлежат оплате из средств ОМС.

1.2.6. Затраты на медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы, в том числе на стерилизацию медицинского инструментария, определяются Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, Перечнем медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, формулярами лекарственного обеспечения, протоколами, стандартами и т.п., утвержденными в установленном порядке.

1.2.7. Настоящее соглашение распространяет свое действие на всех участников ОМС, реализующих ТП ОМС.

1.3. Основные понятия и термины

Базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов;

Медицинская услуга диализа и (или) составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к клинико - статистической группе заболеваний (КСГ) (в условиях дневного стационара при необходимости, в условиях круглосуточного стационара только в сочетании с КСГ или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).

Медицинское исследование - отдельные диагностические (лабораторные) исследования.

1.3.1. При оплате медицинской помощи в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара

Случай госпитализации в круглосуточный стационар (случай лечения в дневном стационаре)- случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется

ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации ТП ОМС;

КСГ - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

Подгруппа в составе КСГ – группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых на территориальном уровне, для которой установлен коэффициент относительной затратно-емкости, отличный от коэффициента относительной затратно-емкости по КСГ, с учетом установленных Методическими рекомендациями правил выделения и применения подгрупп;

Оплата медицинской помощи по КСГ - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратно-емкости и поправочных (коэффициент специфики, коэффициент уровня/подуровня МО (структурных подразделений МО), коэффициент сложности лечения пациентов) коэффициентов.

Медицинская помощь с применением телемедицинских (дистанционных) технологий включается в стоимость законченного случая, рассчитанного на основе КСГ;

Коэффициент относительной затратно-емкости – установлен Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и плановый период 2024 и 2025 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 29.12.2022 №2497 для каждой КСГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

Поправочные коэффициенты - устанавливаемые на территориальном уровне:

– Коэффициент специфики - корректирует тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ заболеваний, а также применяется с целью коррекции рисков резкого изменения финансирования случаев, применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) МО (структурных подразделений МО);

– Коэффициент уровня МО – устанавливается в разрезе трех уровней МО, отражает разницу в затратах МО (структурного подразделения МО), на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских (дистанционных) технологий;

– Коэффициент подуровня медицинской организации - учитывает различия в размерах расходов МО (структурного подразделения МО), одного уровня, обусловленный объективными причинами.

Коэффициент сложности лечения пациентов – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

1.3.2. При оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях

Подушевой норматив финансирования - определяется на территориальном уровне, отражает размер средств направляемых на оплату в расчете на одно застрахованное (прикрепленное) лицо, с учетом других параметров, предусмотренных настоящим Соглашением. Объем средств, направляемых в МО по подушевому принципу на оплату первичной медико-санитарной помощи, формируется с учетом видов, условий и форм ее оказания, обозначенных Приложением №1 настоящего Соглашения и включает расходы, утвержденные частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Единицы объема медицинской помощи:

посещение - прием (осмотр) пациента врачом, ведущим амбулаторный прием, или средним медицинским работником, ведущим самостоятельный амбулаторный прием, по любому поводу с последующим назначением лечения, записью данных динамического наблюдения, назначенного обследования, постановкой диагноза и соответствующей записью в амбулаторной карте;

посещение с консультативной целью - прием (осмотр) пациента врачом, ведущим амбулаторный прием в МО, включенной в перечень МО, осуществляющих консультативный прием, установленный министерством здравоохранения Астраханской области, в соответствии с утвержденными Комиссией объемами оказания данного вида посещений. Условия и порядок проведения консультативного приема установлены Программой;

посещение с консультативно-диагностической целью – вид посещения с консультативной целью по направлению лечащего врача амбулаторно-поликлинического учреждения, где пациент находится на медицинском обслуживании для получения первичной медико-санитарной помощи, в плановом порядке с целью постановки диагноза и определения дальнейшей тактики лечения, состоявшегося в МО, которой Комиссией установлены объемы предоставления данного вида посещений, с выполнением необходимого уровня обследований;

комплексное посещение с целью профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации (в том числе II этап) - вид посещения, включающий исследования и иные медицинские вмешательства, согласно перечню исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

комплексное посещение с целью проведения диспансерного наблюдения-вид посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, с кратностью

посещений и объемом медицинских исследований, проводимых в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

комплексное посещение школы сахарного диабета – посещение с профилактической целью группой в среднем 10 пациентов, включающее 5 занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля;

посещение с применением телемедицинских технологий - вид дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой, медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента с целью получения:

а) заключения медицинского работника медицинской организации, привлекаемого для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий (далее - консультант, врачи - участники консилиума) по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации;

б) протокола консилиума врачей по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации;

обращение по поводу заболевания, включая обращение с консультативной целью и обращение с консультативно-диагностической целью - законченный случай лечения в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2, когда цель обращения достигнута. Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента только при последнем посещении пациентом по данному поводу. Обращение, как законченный случай по поводу заболевания, складывается из первичных и повторных посещений;

отдельные диагностические (лабораторные) исследования- компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования, патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID 19), назначаются врачом, оказывающим первичную медико – санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, медицинской организации, к которой прикреплен

гражданин, при наличии медицинских показаний. Порядок направления на исследования устанавливается нормативным актом министерства здравоохранения Астраханской области;

обращение по «медицинской реабилитации» в амбулаторных условиях (законченный случай лечения) - комплексное посещение по направлению врача-терапевта (врача-терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста, либо лечащего врача медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на первом и (или) втором этапах, включающее набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации.

Поправочные коэффициенты, устанавливаемые на территориальном уровне:

относительные коэффициенты стоимости посещения - с учетом специальностей (технологий, групп) устанавливаются на территориальном уровне с учетом рекомендаций, содержащихся в письме о формировании и экономическом обосновании ТПГГ, являются едиными для всех МО;

относительные коэффициенты стоимости услуг - с учетом методов (технологий) проведения исследований с учетом рекомендаций, содержащихся в Методических рекомендациях, устанавливаются на территориальном уровне, являются едиными для всех МО;

поправочные коэффициенты стоимости обращения - с учетом специальностей устанавливаются на территориальном уровне с учетом рекомендаций, содержащихся в письме о формировании и экономическом обосновании ТПГГ, являются едиными для всех МО;

поправочный коэффициент стоимости при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами устанавливается на территориальном уровне и учитывает различия в размерах расходов по специальностям и при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в том числе углубленной, является единым для всех МО;

поправочный коэффициент стоимости при оказании медицинской помощи в выходные дни устанавливается на территориальном уровне и учитывают различия в размерах расходов при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в том числе углубленной, является единым для всех МО;

поправочные коэффициенты стоимости - для посещений и обращений с консультативно-диагностической целью, комплексных посещений, устанавливаются на территориальном уровне и учитывают различия в размерах

расходов по специальностям с учетом проводимых исследований, являются едиными для всех МО;

условные единицы трудоемкости - используются в стоматологии для планирования и учета оказываемых услуг, отчетности деятельности специалистов, оплаты их труда и оплаты медицинской помощи за единицу объема (посещение, обращение по поводу заболевания).

1.3.3. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

Подушевой норматив финансирования - определяется на территориальном уровне, отражает размер средств направляемых на оплату в расчете на одно застрахованное лицо (прикрепленное на территории обслуживания скорой медицинской помощи), с учетом других параметров, предусмотренных настоящим Соглашением и включает расходы, утвержденные частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

вызов скорой медицинской помощи - учитывает оказание скорой медицинской помощи вне МО, в том числе с применением тромболизиса.

1.3.4. При оплате медицинской помощи в МО, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, в том числе в неотложной форме, стационарных условиях и в условиях дневного стационара

Подушевой норматив финансирования - определяется на территориальном уровне, отражает размер средств направляемых на оплату в расчете на одно застрахованное (прикрепленное) лицо, с учетом других параметров, предусмотренных настоящим Соглашением, охватывает оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой МО медицинской помощи, применяется в целях оптимизации оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, являющимися самостоятельными юридическими лицами, расположенными в сельской местности и включает расходы, утвержденные частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Объем средств, направляемых в МО по подушевому принципу в составе указанного способа на оплату первичной медико-санитарной помощи, формируется с учетом видов, условий и форм ее оказания, обозначенных Приложением № 1 настоящего Соглашения;

1.3.5. При оплате медицинской помощи МО, по подушевому принципу применяются

1) коэффициент дифференциации на прикрепившихся к МО лиц с учетом наличия подразделений, расположенных

в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (обслуживающих до 20 тыс. человек не менее 1,113, свыше 20 тыс. человек не менее 1,04);

2) коэффициент половозрастного состава (половозрастные группы: ноль - один год мужчины/женщины; один год - четыре года мужчины/женщины; пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины; восемнадцать лет – шестьдесят четыре года мужчины/женщины; шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины (для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше не менее 1,6);

3) коэффициент уровня расходов МО, включающий плотность расселения обслуживаемого населения, транспортную доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, расходы, связанные с содержанием МО (структурных подразделений МО), в том числе в зависимости от размера и площади медицинской организации, а также расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий;

4) коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Астраханской области (потребность на фонд оплаты труда);

5) поправочный коэффициент – отношение объема средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на выплаты МО за достижение показателей результативности деятельности) к сумме произведения дифференцированного подушевого норматива финансирования на численность застрахованного населения каждой из МО.

1.3.6. Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (далее - ФП, ФАП)

определяется исходя из нормативов, утвержденных ТП ОМС и количества ФП, ФАП при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным МЗ РФ. Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения ФП, ФАП.

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Астраханской области

В соответствии с ТП ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

- 2.1.при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (АПП):

2.1.1. по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение 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 **(далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала)**, на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

Сумма средств подушевого финансирования ($\Sigma_{пнф}$) МО включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказываемой в АПП (за исключением средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Астраханской области), с учетом перечня расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, установленного Приложением №1 настоящего Тарифного соглашения, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, и рассчитывается на месяц по формуле, установленной Приложением №41 настоящего Тарифного соглашения;

2.1.2. за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

- медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Астраханской области, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования;

- медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

- медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе **по направлениям, выданным иной медицинской организацией**), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

- 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (**COVID-19**).

Проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов), осуществляется в случае:

- наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп;

- наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, в том числе для оценки результатов проводимого лечения;

- положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе углубленной и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях оплачивается вне подушевого норматива финансирования за комплексное посещение, законченный случай включает 10-12 посещений для проведения необходимых консультаций специалистов и методов реабилитации, определенных индивидуальной программой реабилитации.

Посещение школы сахарного диабета оплачивается вне подушевого норматива финансирования за комплексное посещение, законченный случай включает 5 занятий с пациентом и проверку дневников самоконтроля (оплата производится из расчета количества пациентов в группе, но не более, чем за 10 человек);

2.1.3. по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывая критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным МЗ РФ.

Данные способы оплаты детализированы следующими приложениями:

Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях (Приложение №1) «Оплата медицинской помощи,

оказанной в амбулаторно-поликлинических учреждениях (амбулаторно-поликлинических подразделениях) в соответствии с утвержденными Тарифным соглашением способами»;

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи (Приложение № 2);

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Стоматология» (Приложением № 3);

Распределение заболеваний по профилю «Стоматология» (Приложение №4);

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (Приложение № 5);

Согласно Приложению 1 «Перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме» к Программе, необходимым условием предоставления первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме в медицинской организации, к которой застрахованный по ОМС гражданин не прикреплен на медицинское обслуживание, является направление лечащего врача, оформленное должным образом. Исключение составляют:

случаи оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилям: «стоматология» и «акушерство и гинекология»;

случаи оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилям «терапия», «педиатрия», «средний медперсонал, ведущий самостоятельный прием» при оказании первичной медико-санитарной помощи в здравпунктах (медпунктах) дошкольных, школьных и др. образовательных учреждений, являющихся структурными подразделениями МО, в соответствии с нормативными актами органа управления здравоохранением;

случаи проведения обследования беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в соответствии со схемой, утвержденной приложением №1 приказа Министерства здравоохранения РФ от 14.07.2003 №307 «О повышении качества оказания лечебно-профилактической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним», при помещении их в учреждения социального обслуживания (государственные специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации) МО, определенными министерством здравоохранения Астраханской области.

Посещения (два и более) пациентом в течение одного дня врача одной специальности учитываются и оплачиваются как одно посещение, за исключением посещений:

- врачей кабинетов специализированных приемов по специальностям «акушерство-гинекология» и «онкология»;
- случаев оказания медицинской помощи по специальности «стоматология», при условии, что медицинскую помощь оказывают врачи-стоматологи разной специализации (стоматолог-терапевт, стоматолог-хирург, стоматолог-пародонтолог и т.д.);
- посещений врачей-педиатров, терапевтов здравпунктов (медпунктов) дошкольных, школьных и др. образовательных учреждений, являющихся структурными подразделениями МО и участкового врача-педиатра, врача-терапевта МО, при выявлении у пациента заболевания;
- посещений среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, в случае посещения пациентом в один день кабинета доврачебного осмотра и смотрового кабинета амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения);
- оказание неотложной медицинской помощи врачом кабинета неотложной медицинской помощи с последующим посещением врача той же специальности другого структурного подразделения медицинской организации.
- случаев оказания медицинской помощи врачом-эндокринологом и врачом - эндокринологом кабинета «Диабетическая стопа».

В случае необходимости консультации других специалистов с целью уточнения основного диагноза, посещения данных специалистов представляются к оплате, как разовые посещения по поводу заболевания. При этом даты посещений могут совпадать с датами обращения по основному заболеванию.

К посещениям, подлежащим оплате по тарифу за профилактические посещения, относятся:

- посещения специалистов в центрах здоровья (комплексный медицинский осмотр, динамическое наблюдение);
- посещения с целью патронажа;
- посещения беременных при нормальной беременности; женщин, обратившихся за направлением на медицинский аборт; по поводу аборт, проводимых в амбулаторных условиях; по поводу применения противозачаточных средств; после абортов, проведенных в стационаре;
- посещения, профилактические медицинские осмотры, в связи с занятиями физической культурой и спортом (несовершеннолетние);
- другие медицинские осмотры, осуществляемые в соответствии с нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

При оказании гарантируемой стоматологической помощи населению по Программе учитываются как посещения с профилактическими и иными целями, так и обращения по поводу заболевания. При этом учитывается кратность условных единиц трудоемкости (далее - УЕТ) в одном посещении с

профилактической и иными целями, в одном обращении по поводу заболевания (законченный случай лечения).

При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта за одно посещение (лечение 2-х-3-х зубов).

Посещения (два и более) пациента в течение одного периода к врачу одной специальности, учитываются и оплачиваются как одно обращение, за исключением обращений:

- врачей кабинетов специализированных приемов по специальностям «акушерство-гинекология» и «онкология»;

- случаев оказания медицинской помощи по специальности «стоматология», при условии, что медицинскую помощь оказывают врачи-стоматологи разной специализации (стоматолог - терапевт, стоматолог - хирург, стоматолог - пародонтолог и т.д.);

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру гемодиализа и один день перитонеального диализа. В целях учета объемов медицинской помощи лечение пациента (услуги диализа) в течение одного месяца учитывается как одно обращение.

2.1.4. В случаях, если в рамках законченного случая лечения заболевания были разовые посещения пациента к врачам других специальностей, в том числе выполненные в соответствии со стандартами/протоколами/ клиническими рекомендациями, указанные посещения формируются в реестрах счетов и оплачиваются по стоимости посещений с профилактическими и иными целями соответствующих врачебных специальностей при обязательном оформлении отдельных Талонов амбулаторного пациента на каждое посещение.

В количество посещений, включенных в обращение по поводу заболевания, в том числе при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи при стоматологических заболеваниях, не входят посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме.

Обращение с консультативно-диагностической целью по соответствующему врачебному профилю применяется однократно в текущем месяце и выгружается в реестрах счетов с указанием медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее - Номенклатура).

В случае если в МО, которой установлены планом посещения и обращения с консультативно-диагностическими целями, отсутствует возможность проведения того или иного осмотра или исследования, в рамках данного вида обращения, данные осмотры или исследования проводятся в других МО, имеющих возможность проведения требуемых работ (услуг), в соответствии с договорами, заключаемыми между этими МО.

2.1.5. К посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме относятся виды посещений при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы

жизни пациента, с проведением лечебных-диагностических мероприятий, необходимых, в том числе, для купирования остро возникших состояний.

Оказание медицинской помощи в неотложной форме лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника, а также в приемном (приемно-диагностическом) отделении стационара.

Учет посещений в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме осуществляется на основе учетной формы № 025-10/уТ-17 «Талон амбулаторного пациента»¹ (далее – ТАП).

Первое посещение в рамках случая поликлинического обслуживания по поводу лечения одного и того же заболевания при оказании медицинской помощи пациенту на дому (за исключением активных и патронажных посещений на дому) врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (средним медицинским работником, в том числе фельдшерско-акушерского пункта, кабинета неотложной помощи) и в травмпункте следует относить к посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме.

Посещение на дому при оказании медицинской помощи пациенту врачами других специальностей (при отсутствии медицинских вмешательств для снятия неотложного состояния) следует относить:

к посещению с лечебно-диагностической целью и оплачивать по тарифу посещения с профилактическими и иными целями по соответствующей специальности;

к обращению по поводу заболевания и оплачивать по тарифу обращения по поводу заболевания по соответствующей специальности.

К посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме при стоматологических заболеваниях относятся виды посещений с острой болью во всех медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь при стоматологических заболеваниях, а также неотложная стоматологическая помощь, оказанная в передвижных стоматологических кабинетах и на дому (в случае, если у пациента с ограниченными возможностями к передвижению, обусловленных соматическим заболеванием или инвалидностью, возникает острая боль или состояние, обусловленное стоматологическим заболеванием и требующее срочного медицинского вмешательства).

Виды посещений «Первичное посещение с целью профилактики бешенства к врачу-хирургу, врачу-травматологу (травматологические, хирургические пункты/кабинеты поликлиник), в приемное (приемно-диагностическое) отделение стационара», «Повторное посещение с целью профилактики бешенства к врачу-хирургу, врачу-травматологу (травматологические, хирургические пункты/кабинеты поликлиник)» квалифицируются как посещения в неотложной форме.

Вид посещения «Посещение в круглосуточный пункт экстренной

¹ С обязательным указанием цели первичного обращения «оказание неотложной помощи».

медицинской помощи» квалифицируется, как посещение в неотложной форме. Посещение включает осмотр пациента, проведение врачебных и/или сестринских медицинских вмешательств, а также проведение диагностических исследований и лечебных мероприятий. Расходы на оказанные пациенту медицинские услуги входят в тариф указанного посещения и дополнительно не оплачиваются. В персонифицированных реестрах счетов оказанные пациенту медицинские услуги указываются справочно.

Посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме не могут быть включены в состав посещений случаев поликлинического обслуживания по поводу заболевания и должны быть оформлены в виде отдельного ТАПа.

При оказании стоматологической помощи в неотложной форме в Листке ежедневного учета работы врача-стоматолога посещение отражается отдельной строкой с целью посещения «оказание неотложной помощи».

При проведении позитронно-эмиссионной компьютерной томография (далее - ПЭТ-КТ) допускается пересечение услуг с оказанием медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров пациентам с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями, при необходимости решения вопросов об эффективности проводимого химиотерапевтического лечения.

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

2.2.1. 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;

2.2.2. 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 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, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам

заболеваний, состояний, приведенных в Тарифном соглашении, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа; медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Группировщиком.

2.2.3. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Приложении № 37;

Данные способы оплаты детализированы следующими приложениями:

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара с распределением по уровням оказания медицинской помощи (Приложение № 6);

Распределение структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи Приложением №7;

Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе по КСГ согласно Приложению №36;

Под понятием «законченный случай лечения заболевания» следует понимать случай госпитализации пациента в условиях круглосуточного стационара, завершившиеся достижением установленных критериев объема и качества лечения и выпиской пациента с исходом заболевания (ожидаемым медицинским результатом), в соответствии с порядками, стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

Формирование КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, следует учитывать установленные для МО Комиссией объемы предоставления медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории Астраханской области, в условиях круглосуточного стационара в разрезе профилей коек и стоимость соответствующей КСГ.

При оказании в условиях круглосуточного стационара высокотехнологичной медицинской помощи, оплата медицинской помощи осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи (случай госпитализации) в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных Комиссией для МО;

2.3. при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

2.3.1. 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);

2.3.2. 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, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением к Тарифному соглашению, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

2.3.3. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Приложении № 37.

Данные способы оплаты детализированы следующими приложениями:

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, с указанием типа дневного стационара, уровня оказания медицинской помощи и способов оплаты медицинской помощи установлен Приложением № 8;

Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе по КСГ согласно Приложению №36;

Под понятием «законченный случай лечения заболевания» следует понимать случаи лечения пациентов в дневных стационарах всех типов, завершившиеся достижением установленных критериев объема и качества лечения и выпиской пациента с исходом заболевания (ожидаемым медицинским результатом), в соответствии с порядками, стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

Формирование КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, следует учитывать установленные для МО Комиссией объемы предоставления медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории Астраханской области, в условиях дневных стационаров по типам дневных стационаров (стационар дневного пребывания при стационаре, дневной стационар при

амбулаторно-поликлиническом учреждении, дневной стационар на дому) в разрезе профилей коек, а также стоимость соответствующей КСГ.

2.4. при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (СМП) (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

2.4.1. по подушевому нормативу финансирования;

2.4.2. за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Астраханской области, на территории которой выдан полис ОМС, а также оказанной в отдельных МО, не имеющих прикрепившихся лиц, (которым Комиссией установлены соответствующие объемы оказания медицинской помощи);

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих скорую медицинскую помощь лицам вне медицинской организации, с указанием уровня оказания медицинской помощи и способа оплаты медицинской помощи установлен Приложением № 9;

Сумма средств подушевого финансирования ($\Sigma_{\text{пнф}}$) МО включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках ТП ОМС, в том числе скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах (за исключением средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Астраханской области). Рассчитывается на месяц по формуле, установленной Приложением №41 настоящего Тарифного соглашения.

2.5. при оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию (АПП, в том числе НМП, КС, ДС):

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) (далее - по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи). При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических

исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средства на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

Данный способ оплаты детализирован следующими приложениями:

Перечень медицинских организаций с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи (Приложение №10);

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи (Приложение № 2);

Сумма средств подушевого финансирования ($\Sigma_{\text{пнф}}$) МО включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках ТП ОМС, оказываемую в АПП, в том числе в неотложной форме, с учетом порядка оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических учреждениях (амбулаторно-поликлинических подразделениях) (Приложение № 1), а также оказываемую в круглосуточных условиях и условиях дневного стационара в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – случай госпитализации (за исключением средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Астраханской области), рассчитывается на месяц по формуле, установленной Приложением №41 настоящего Тарифного соглашения.

2.6 при условии соответствия ФП, ФАП требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным МЗ РФ, финансирование МО, имеющих в своем составе ФП, ФАП осуществляется СМО в размере 1/12 от размера финансового обеспечения, с учетом доли застрахованного СМО населения в разрезе МО и рассчитывается на месяц по формуле, установленной Приложением №41 настоящего Тарифного соглашения.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях МО, отражаются все единицы объема с указанием размера установленных тарифов, в том числе отдельно по ФП, ФАП с выделением ФП, ФАП в реестрах счетов, что также является обязательным условием для финансирования ФП, ФАП. МО уведомляют Комиссию об изменениях численности обслуживаемого населения, а также факте соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н. В случае если у ФП, ФАП в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение ФП, ФАП за предыдущие периоды с

начала года, и рассчитывается по формуле, утвержденной Приложением № 41, с внесением изменений в действующее Тарифное соглашение.

2.7. При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, вне зависимости от применяемого способа оплаты отражаются все единицы объема оказанной медицинской помощи по установленным тарифам.

В соответствии с пунктом 6 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.

2.8. Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной, проведенных в выходные дни осуществляется по тарифам с коэффициентом в размере 1,07. Коэффициент применяются только в том случае, если дата начала и завершения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе углубленной - один день (выходной). Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной, оказанная мобильными медицинскими бригадами с применением мобильных медицинских комплексов, осуществляется по тарифам с коэффициентом в размере 1,20. Коэффициент применяются только в том случае, если дата начала и завершения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе углубленной - один день.

2.9. Оплата медицинской помощи (медицинских услуг), оказываемой в ГБУЗ АО «Лиманская РБ» за единицу объема, производится с учетом Км - коэффициента индексации в размере 1,04 в связи с дополнительными выплатами работникам МО, занятым на работах в пустынных и безводных местностях, находящихся на части территории муниципального образования «Лиманский район».

2.10. Порядок расчета стоимости страхового случая определен в соответствии с Приложением № 41.

2.11. Межучрежденческие расчеты, в том числе, за счет включения расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях по перечню, установленному Приложением №1 и при проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной, осуществляются страховыми медицинскими организациями по тарифам на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, в

соответствии с принятым Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи в системе ОМС в Астраханской области на текущий период, в целях реализации способов оплаты медицинской помощи.

Медицинской организацией, которой Комиссией утверждены объемы МП составляется реестр счетов по установленным тарифам. Расчеты страховыми медицинскими организациями осуществляются в соответствии с Регламентом оплаты оказанной в рамках межучрежденческих расчетов медицинской помощи, утвержденным МЗАО и ТФОМС АО.

3. Тарифы на оплату медицинской помощи

Тарифы, установленные разделом содержат сведения о тарифах на оплату медицинской помощи, их структуре, порядке расчета тарифов на оплату медицинской помощи, а также о размерах элементов структуры тарифа, в том числе в разрезе медицинских организаций, по способам оплаты, установленным разделом «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Астраханской области» настоящего Тарифного соглашения.

По тарифам на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) производится частичная компенсация затрат МО, работающим в системе ОМС.

В соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 100 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

В целях реализации содержания раздела

3.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (АПП) установлены:

Средний подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в размере –5 953,51 рублей;

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, исключаяющий влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания (согласно отдельным видам расходов, перечисленным в Приложении №1 настоящего Тарифного соглашения), стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности (в размере 2 процентов от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц) в значении – 1 955,04 рублей;

Поправочный коэффициент, используемый при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов, в размере –0,809483;

Приложением №11 «Коэффициенты для расчета дифференцированных нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях»:

1) коэффициент дифференциации на прикрепившихся к МО лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

2) коэффициент половозрастного состава;

3) коэффициент уровня расходов МО, включающий плотность расселения обслуживаемого населения, транспортную доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, расходы, связанные с содержанием МО (структурных подразделений МО), в том числе в зависимости от размера и площади медицинской организации, а также расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий;

4) коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (потребность на фонд оплаты труда);

Базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания по видам медицинской помощи согласно Приложению № 12 «Базовая ставка (Б) финансирования единицы объема медицинской помощи»;

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации в значениях согласно Приложению №13 «Фельдшерские, фельшерско-акушерские пункты, соответствующие требованиям установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи»;

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций согласно Приложению №14 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения), а также размеры и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей»;

Коэффициенты, учитывающие половозрастной состав обслуживаемого населения согласно Приложению №15 «Половозрастные коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп (КДj)»;

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций согласно Приложению №16 «Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях»;

Поправочные коэффициенты при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях (за исключением тарифов на оплату комплексного обследования в центрах здоровья, неотложной медицинской помощи), согласно Приложению №17;

Поправочные коэффициенты, применяемые для определения стоимости посещения центров здоровья с целью проведения комплексного обследования, согласно Приложению №18;

Тарифы на оплату посещений школы сахарного диабета согласно Приложению №18.1;

Коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам для оплаты диализа согласно Приложению №19;

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения (I этап) согласно Приложению №20;

Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (I этап) согласно Приложению №21;

Тарифы медицинских услуг на оплату проведения профилактических медицинских осмотров определенных групп взрослого населения согласно Приложению №22;

Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (II этап) согласно Приложению №23;

Тарифы на оплату проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения согласно Приложению №24;

«Тарифы медицинских услуг на оплату проведения углубленной диспансеризации» согласно Приложению №24.1.

Тарифы на оплату проведения 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 (I этап), согласно Приложению №25;

Тарифы на оплату проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (I этап) согласно Приложению №26;

Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований согласно Приложению №27;

Тарифы на лабораторные исследования согласно Приложению №28;

Тарифы на оплату посещений с применением телемедицинских (дистанционных) технологий согласно Приложению №29.

3.2. При оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (СМП), установлены:

Средний подушевой норматив финансирования в размере – 923,67 рублей;

Базовый подушевой норматив финансирования, исключаящий влияние применяемого коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования, в том числе коэффициента уровня медицинской организации в размере – 923,67 рублей;

Поправочный коэффициент, используемый при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов, в размере – 1;

Приложением №30 «Коэффициенты для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, оказанной лицам вне медицинской организации»:

коэффициент половозрастного состава;

коэффициент уровня расходов МО (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер МО);

коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения Астраханской области;

Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи, согласно Приложению №12 «Базовая ставка (Б) финансирования единицы объема медицинской помощи»;

Коэффициенты, учитывающие половозрастной состав обслуживаемого населения, согласно Приложению №15 «Половозрастные коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп (КДj)»;

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций согласно Приложению №31 «Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации»;

3.3. При оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях установлены:

Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания по видам медицинской помощи согласно Приложению №12 «Базовая ставка (Б) финансирования единицы объема медицинской помощи», который установлен в размере не менее 65% от норматива финансовых затрат, установленного Программой;

Перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ. КСГ, присутствующие в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях, указаны в соответствии с перечнем, приведенным в Программе, согласно Приложению №32 «Распределение КСГ по группам заболеваний, состояний, коэффициенты относительной затратоемкости КСГ и коэффициенты специфики для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях»;

Значения коэффициентов относительной затратоемкости по группам заболеваний, в том числе КСГ, присутствующим в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях, в составе Программы указаны в соответствии с перечнем, приведенным в Программе, согласно Приложению №32 «Распределение КСГ по группам заболеваний, состояний, коэффициенты относительной затратоемкости КСГ и коэффициенты специфики для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях»;

Коэффициенты сложности лечения пациентов в значениях согласно Приложению №33 «Коэффициент сложности лечения пациента при оказании медицинской помощи (КСЛП)»;

Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, согласно Приложению №34;

Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации», согласно Приложению №34.1;

Распределение структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи согласно Приложению №7;

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в территориальной программе обязательного медицинского страхования, согласно Приложению №35 «Тарифы на виды высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансирование которых осуществляется за счет средств ОМС»;

Доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с долями заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, приведенной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, согласно Приложению №35;

Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе по КСГ, согласно Приложению №36;

Размеры оплаты прерванных случаев, согласно Приложению №37 «Порядок оплаты прерванных случаев лечения в круглосуточном стационаре и в дневных стационарах всех типов»;

3.4. При оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара установлены:

Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания по видам медицинской помощи, согласно Приложению №12 «Базовая ставка (Б) финансирования единицы объема медицинской помощи», который установлен в размере не менее 60% от норматива финансовых затрат, установленного Программой ;

Перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ. КСГ, присутствующие в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара, указаны в соответствии с перечнем, приведенным в Программе, согласно Приложению №38 «Распределение КСГ по группам заболеваний, состояний, коэффициенты относительной затратоемкости КСГ и коэффициенты специфики для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара»;

Значения коэффициентов относительной затратоемкости по группам заболеваний, в том числе КСГ, присутствующим в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара, в составе Программы указаны в соответствии с перечнем, приведенным в Программе, согласно Приложению №38 «Распределение КСГ по группам заболеваний, состояний, коэффициенты относительной затратоемкости КСГ и коэффициенты специфики для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара»;

Значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в значении 1,2 для ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО ЗНАМЕНСК" и (или) структурных подразделений МО, расположенных на территории закрытого административного территориального образования;

Распределение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, по уровням оказания медицинской помощи согласно Приложению №8. Коэффициент уровня медицинских организаций при оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара равен 1,0, за исключением ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО ЗНАМЕНСК";

Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе по КСГ, согласно Приложению №36;

Размеры оплаты прерванных случаев, согласно Приложению №37 «Порядок оплаты прерванных случаев лечения в круглосуточном стационаре и в дневных стационарах всех типов»;

3.5. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи установлены:

Средний подушевой норматив финансирования в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями по перечню медицинских

организаций с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи, установленных Приложением №10 в условиях круглосуточного и дневного стационаров, в амбулаторно-поликлинических условиях в неотложной форме в размере – **8 003,07 рублей**;

Базовый подушевой норматив финансирования в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями по перечню медицинских организаций с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи, установленных Приложением №10 в размере – **2 545,51 рублей**, в том числе:

Базовый подушевой норматив финансирования в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях круглосуточного стационара, в размере – 1 902,51 рублей;

Базовый подушевой норматив финансирования в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневного стационара, в размере – 409,01 рублей;

Базовый подушевой норматив финансирования в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в амбулаторно-поликлинических условиях в неотложной форме, в размере – 233,99 рублей;

Поправочный коэффициент, используемый при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов:

в условиях круглосуточного стационара в размере – 0,994613;

в условиях дневного стационара в размере – 0,994612;

в амбулаторно-поликлинических условиях в неотложной форме в размере – 0,953336;

Приложением № 39 «Коэффициенты для расчета дифференцированных нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для оплаты медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи в части круглосуточного и дневного стационаров, в амбулаторно-поликлинических условиях в неотложной форме»:

1) коэффициент дифференциации на прикрепившихся к МО лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

2) коэффициент половозрастного состава;

3) коэффициент уровня расходов МО, включающий плотность расселения обслуживаемого населения, транспортную доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, расходы, связанные с содержанием МО (структурных подразделений МО), в том числе в зависимости от размера и площади медицинской организации, а также расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий;

4) коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития

здравоохранения в субъекте Российской Федерации (потребность на фонд оплаты труда);

Коэффициенты, учитывающие половозрастной состав обслуживаемого населения, согласно Приложению №15 «Половозрастные коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп (КДj)»;

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций согласно Приложению №40 «Подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи».

Порядок расчета стоимости страхового случая и объема финансирования медицинских организаций по способам оплаты установлен Приложением №41 «Порядок расчета стоимости страхового случая».

4. Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках ТП ОМС, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1. Настоящим Тарифным соглашением утверждаются размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках Программы, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества согласно Приложению №42 к настоящему соглашению.

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания, распространяет свое действие на отношения, возникшие с 01.01.2023 и действует по 31.12.2023.

5.2. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

5.3. Стороны принимают на себя обязательства обеспечения выполнения настоящего Тарифного соглашения всеми заинтересованными лицами.

5.4. В случае возникновения споров по настоящему соглашению стороны принимают меры по их разрешению путем переговоров между собой.

5.5. Не урегулированные сторонами споры в рамках выполнения настоящего соглашения разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.


5.6. Любая из сторон Тарифного соглашения вправе внести на рассмотрение Комиссии предложение о корректировке базовой ставки,

базового подушевого норматива финансирования (но не чаще одного раза в квартал).

5.7. Приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

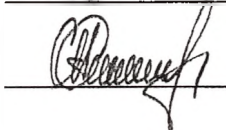
Подписи сторон

1. от министерства здравоохранения Астраханской области, министр здравоохранения Астраханской области - председатель заседания -



А.В. Буркин

2. от ТФОМС Астраханской области, директор -



С.К. Нахушев

3. от Астраханского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», директор - секретарь заседания -

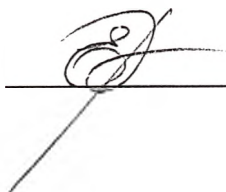


Т.Ю. Шабалина

4. от региональной общественной организации «Врачебная палата Астраханской области», председатель -

не присутствовал В.В. Думченко

5. от Астраханской областной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, председатель -



Е.В.Свекольникова

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических учреждениях (амбулаторно-поликлинических подразделениях) в соответствии с утвержденными Тарифным соглашением способами

Отдельные виды расходов, не включенные в подушевой норматив финансирования (за единицу объема медицинской помощи):	Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования:	В том числе за счет включения расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных МО (за единицу объема медицинской помощи): <u>(межучрежденческие расходы)</u>	по нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурного подразделения медицинской организации:
<p>1. Комплексные обследования в центрах здоровья;</p> <p>2. Посещения в неотложной форме (за исключением МО, расположенных в сельской местности);</p> <p>3. Посещения с профилактическими и иными целями к врачам по специальностям: акушерство-гинекология и стоматология;</p> <p>4. Обращения по поводу заболеваний к врачам по специальностям: акушерство-гинекология и стоматология;</p> <p>5. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности с применением мобильных медицинских комплексов;</p> <p>6. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности, ведущих консультативно-диагностический прием;</p> <p>7. Услуги диализа;</p> <p>8. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности, ведущих прием в медицинских организациях, не имеющих приписного населения;</p> <p>9. Отдельные диагностические и лабораторные исследования;</p> <p>10. Медицинская помощь, оказанная гражданам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации;</p> <p>11. Услуги позитронно-эмиссионной компьютерной томографии (ПЭТ-КТ);</p> <p>12. Комплексные посещения по профилю «медицинская реабилитация»;</p> <p>13. Профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, в том числе углубленная диспансеризация (в т.ч. II этап) – применяемые в том числе при межучрежденческих расчетах;</p> <p>14. Диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения (комплексные посещения);</p> <p>15. Комплексные посещения в рамках школы сахарного диабета;</p>	<p>16. Лабораторные услуги, оказываемые лабораториями (в соответствии с перечнем, утвержденным МЗ АО), в том числе при проведении исследований на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов);</p> <p>17. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности, ведущих консультативный прием;</p> <p>18. Посещения с профилактическими и иными целями с применением телемедицинских (дистанционных) технологий;</p> <p>19. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний в Центры для оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению с симптомами острых респираторных вирусных инфекций, пациентам с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19, а также пациентам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией COVID-19;</p> <p>20. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности, ведущих прием в медицинских организациях, имеющих приписное население, за исключением п.3. и п.4.</p> <p>21. Посещения в неотложной форме (МО, расположенные в сельской местности);</p>	<p>16. Лабораторные услуги, оказываемые лабораториями (в соответствии с перечнем, утвержденным МЗ АО), в том числе при проведении исследований на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов);</p> <p>17. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности, ведущих консультативный прием;</p> <p>18. Посещения с профилактическими и иными целями с применением телемедицинских (дистанционных) технологий;</p> <p>19. Посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболеваний в Центры для оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению с симптомами острых респираторных вирусных инфекций, пациентам с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19, а также пациентам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией COVID-19</p>	<p>22. Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.</p>

Федеральное государственное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии» имени профессора Н.В.Евдокимова, в установленном порядке оплаты и уровня оказания медицинской помощи

[illegible](1) набита възможностите си в рамките намултирежимния расчет

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Стоматология"

№	Наименование медицинской организации	1 группа	2 группа
ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ			
1	ГБУЗ АО "ОДКБ ИМ. Н.Н.СИЛИЩЕВОЙ"		*
2	ЧУЗ "КБ "РЖД-МЕДИЦИНА" Г. АСТРАХАНЬ"		*
ВТОРОЙ УРОВЕНЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ			
3	ГБУЗ АО "ДГП № 1"		*
4	ГБУЗ АО "АХТУБИНСКАЯ РБ"		*
5	ГБУЗ АО "ЕНОТАЕВСКАЯ РБ"		*
6	ГБУЗ АО "КРАСНОЯРСКАЯ РБ"		*
7	ГБУЗ АО "НАРИМАНОВСКАЯ РБ"		*
8	ГБУЗ АО "КАМЫЗЯКСКАЯ РБ"		*
9	ГБУЗ АО "ЧЕРНОЯРСКАЯ РБ"		*
ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ			
10	ГБУЗ АО "ОКСЦ"	*	
11	ГБУЗ АО "ГП № 2"		*
12	ГБУЗ АО "ДГП № 3"		*
13	ГБУЗ АО "СП № 3"	*	
14	ГБУЗ АО "СП № 4"	*	
15	ГБУЗ АО "ВОЛОДАРСКАЯ РБ"		*
16	ГБУЗ АО "ИКРЯНИНСКАЯ РБ"		*
17	ГБУЗ АО "ЛИМАНСКАЯ РБ"		*
18	ГБУЗ АО "ПРИВОЛЖСКАЯ РБ"		*
19	ГБУЗ АО "ХАРАБАЛИНСКАЯ РБ ИМ. Г.В. ХРАПОВОЙ"		*
20	ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО ЗНАМЕНСК"		*
21	ФГБУ "413 ВГ" МИНОБОРОНЫ РОССИИ		*
22	ФГБОУ ВО АСТРАХАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ		*

Распределение заболеваний по профилю "Стоматология"

Код по МКБ-10	Дополнение к коду МКБ-10	Наименование	Условные единицы трудоемкости в посещении	Условные единицы трудоемкости в обращении
1	2	3	4	5
Терапевтическая стоматологическая помощь				
К 02.0 - К 02.9		Кариес зубов	3,36	6,38
К 04.0 - К 04.3		Пульпит	6,23	11,53
К 04.4		Острый периодонтит	3,12	9,57
К 04.5 - К 04.7	(1)	Хронический периодонтит	3,84	11,93
К 05.0 - К 05.1		Острый и хронический гингивит	7,72	12,40
К 05.4		Пародонтоз	2,13	4,90
К 05.3		Пародонтит	5,49	16,08
В 00.2		Герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит	2,36	9,02
В 37.0		Кандидозный стоматит (молочница)	1,43	4,06
К 12.0 - К 12.1		Стоматит	2,80	5,41
С 00.5		Травмы слизистой полости рта	1,78	3,36
С 02.5		Перелом зуба	4,81	12,63
К 00.4, К 00.9		Нарушение развития и прорезывания зубов	1,59	6,31
К 00.5		Наследственные нарушения развития	3,13	7,75
Хирургическая стоматологическая помощь				
К04.5, К04.6, К04.7		Хронический периодонтит; периапикальный абсцесс с полостью/без полости	3,15	5,89
К 09.0 - К 09.2		Одонтогенная киста челюстей	1,97	3,57
К 05.2, К 05.3	(0)	Перикоронит, острый пародонтит, хронический пародонтит	2,86	5,04
К 07.6		Синдром долевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава	2,07	2,48
К 08.1		Потеря зуба вследствие несчастного случая, удаления или локального поражения пародонта	0,82	1,90
К 10.2	(1)	Периостит	2,74	6,58
К 10.3		Альвеолит челюсти	2,58	5,40
К 10.8		Коррекция альвеолярного отростка (остеотомия)	2,72	5,14
С 03.2		Вывих зуба	2,66	6,02
К 12.2		Абсцесс челюстно-лицевой области	2,30	5,77
С 02.4		Перелом скуловой кости (дуги), перелом в/ч	1,40	2,00
С 02.6		Перелом нижней челюсти	5,10	9,25
К 04.5	(0)	Хронический апикальный периодонтит	3,24	7,23
К 00.7		Синдром прорезывания зубов (перекоронарит)	2,82	5,63
К 00.6		Нарушение прорезывания зубов	2,86	7,56
С 02.8		Переломы других лицевых костей и костей черепа	5,03	11,60
Д 23.0-Д 23.3		Доброкачественные новообразования мягких тканей полости рта, лица и шеи	4,41	6,90
Q 38.1		Короткая уздечка языка, низкое прикрепление уздечки языка	1,99	4,98
Q 38.6		Короткая уздечка губы, низкое прикрепление уздечки губы	2,25	3,07
К 11.6		Ретенционная киста малой слюнной железы	1,56	5,97
К 08.3		Оставшийся корень зуба	2,66	3,63
К 11.2		Сиаладенит	1,23	2,68
Ортодонтическая стоматологическая помощь				
К 00.0	(0)	Аденит частичная	10,06	-
К 00.1		Сверхкомплектные зубы	3,11	-
К 00.2		Аномалии Формы и размеров зубов. Макродентия	4,29	-
К 00.2	(0)	Аномалии Формы и размеров зубов. Микродентия	5,08	-
К 07.0	(0)	Макрогнатия (верхняя, нижняя)	5,08	-
К 07.0	(1)	Микрогнатия (верхняя)	2,89	-

К 07.0	(2)	Микрогнатия (нижняя)	3,46	-
К 07.1, К 07.5	(0)	Аномалии соотношения челюстей. Прогнатия верхняя, нижняя	8,65	-
К 07.1	(1)	Аномалии соотношения челюстей. Ретрогнатия верхняя, нижняя	3,10	-
К 07.2, К 07.5	(0)	Аномалии окклюзии в сагиттальном направлении: дистальная окклюзия, резцовая дизокклюзия	8,05	-
К 07.2	(1)	Аномалии окклюзии в сагиттальном направлении: мезиальная окклюзия, обратная резцовая дизокклюзия	8,32	-
К 07.2, К 07.5	(3)	Аномалии окклюзии в вертикальном направлении - глубокая резцовая окклюзия	4,99	-
К 07.2, К 07.5	(4)	Аномалии окклюзии в вертикальном направлении - дизокклюзия по вертикали	8,58	-
К 07.2, К 07.5	(5)	Перекрестная окклюзия. Вестибулоокклюзия	8,70	-
К 07.3	(0)	Ретинированные или импактные зубы с неправильным положением их или соседних зубов	2,99	-
К 07.3	(1)	Аномалии положения зубов в сагитальном направлении - вестибулярное, мезиальное	3,15	-
К 07.3	(2)	Аномалии положения зубов в сагитальном направлении - оральное, дистальное	10,12	-
К 07.3	(3)	Аномалии положения зубов в вертикальном направлении	6,44	-
К 07.3	(4)	Аномалии положения зубов в трансверсальном направлении	6,47	-
К 07.3	(5)	Аномалии положения зубов - тортоаномалии	9,58	-
К 07.3	(6)	Аномалии положения зубов - тремы, диастемы	4,38	-
К 07.3	(7)	Аномалии положения зубов - транспозиция	2,75	-
Посещение с профилактической целью			взрослый прием	детский прием
Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского				1,57
Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога			1,3	1,57
Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта			1,3	
Профилактический прием (осмотр, консультация) зубного врача			1,3	1,3

Приложение № 5
к Тарифному соглашению
от «31» января 2023 г.

**СРЕДНЕЕ КОЛИЧЕСТВО УЕТ В ОДНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ,
ПРИМЕНЯЕМОЕ ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ ОБЪЕМА И СТОИМОСТИ
ПОСЕЩЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В
АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	0,35	0,35
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	0,61	0,61
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	0,76	0,76
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	0,96	0,96
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	0,31	0,31
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	0,5	0,5
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,93	0,93
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	0,75	0,75
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	0,75	0,75
A11.07.026	Взятие образца биологического материала из очагов поражения органов рта	1,12	1,12
A11.01.019	Получение соскоба с эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек	1,12	1,12
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область	1,1	1,1
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов	0,25	0,25
A05.07.001	Электроодонтометрия зуба	0,42	0,42
B01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный		1,95
B01.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный		1,37
B04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,19
B01.065.007	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1,68	1,95
B01.065.008	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный	1,18	1,37
B04.065.005	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,25	1,19
B01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	1,68	

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	1,18	
B04.065.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	1,25	
B01.065.003	Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный	1,68	1,95
B01.065.004	Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный	1,18	1,37
B04.065.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,25	1,19
B01.065.005	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный	1,5	1,5
B01.065.006	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный	0,9	0,9
A03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	0,63	0,63
A11.07.010	Введение лекарственных препаратов в пародонтальный карман	0,99	0,99
A11.07.022	Аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта	0,45	0,45
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов ¹	2	2
A16.07.082	Сошлифовывание твердых тканей зуба	0,25	0,25
A11.07.023	Применение метода серебрения зуба	0,88	0,88
A15.07.003	Наложение лечебной повязки при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и пародонта в области одной челюсти	2	2
A16.07.002.001	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием стоматологических цементов ²	1,53	1,53
A16.07.002.002	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения ²	1,95	1,95
A16.07.002.003	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием стоматологических цементов ²	1,85	1,85
A16.07.002.004	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения ²	2,5	2,5
A16.07.002.005	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цементов ²	2,45	2,45
A16.07.002.006	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения ²	3,25	3,25
A16.07.002.007	Восстановление зуба пломбой из амальгамы I,	1,95	1,95

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
	V класс по Блэку ²		
A16.07.002.008	Восстановление зуба пломбой из амальгамы II класс по Блэку ²	2,33	2,33
A16.07.002.010	Восстановление зуба пломбой I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров ²	3,35	3,35
A16.07.002.011	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров ²	3,75	3,75
A16.07.002.012	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров ²	4	4
A16.07.002.009	Наложение временной пломбы	1,25	1,25
A16.07.091	Снятие временной пломбы	0,25	0,25
A16.07.092	Трепанация зуба, искусственной коронки	0,48	0,48
A16.07.008.001	Пломбирование корневого канала зуба пастой	1,16	1,16
A16.07.008.002	Пломбирование корневого канала зуба гуттаперчевыми штифтами	1,7	1,7
A11.07.027	Наложение девитализирующей пасты	0,03	0,03
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	0,21	0,21
A16.07.010	Экстирпация пульпы	0,46	0,46
A16.07.019	Временное шинирование при заболеваниях пародонта ³	1,98	1,98
A16.07.020.001	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ручным методом ⁴	0,32	0,32
A16.07.025.001	Избирательное полирование зуба	0,2	0,2
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ⁴	0,2	0,2
A16.07.030.001	Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала	0,92	0,92
A16.07.030.002	Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала	1,71	1,71
A16.07.030.003	Временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала	0,5	0,5
A16.07.039	Закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба ⁴	0,31	0,31
A16.07.082.001	Распломбировка корневого канала, ранее леченного пастой	2	2
A16.07.082.002	Распломбировка одного корневого канала ранее леченного фосфатцементом/резорцин-формальдегидным методом	3,55	3,55
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-	1,4	1,4

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
	стоматолога-хирурга первичный		
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	1,08	1,08
A11.03.003	Внутрикостное введение лекарственных препаратов	0,82	0,82
A15.03.007	Наложение шины при переломах костей ⁵	6,87	6,87
A15.03.011	Снятие шины с одной челюсти	1,43	1,43
A15.04.002	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов	2,55	2,55
A15.07.001	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) зубов	2,96	2,96
A11.07.001	Биопсия слизистой полости рта	1,15	1,15
A11.07.002	Биопсия языка	1,15	1,15
A11.07.005	Биопсия слизистой преддверия полости рта	1,15	1,15
A11.07.007	Биопсия тканей губы	1,15	1,15
A11.07.008	Пункция кисты полости рта	0,91	0,91
A11.07.009	Бужирование протоков слюнных желез	3,01	3,01
A11.07.013	Пункция слюнной железы	0,91	0,91
A11.07.014	Пункция тканей полости рта	0,91	0,91
A11.07.015	Пункция языка	0,91	0,91
A11.07.016	Биопсия слизистой ротоглотки	1,15	1,15
A11.07.018	Пункция губы	0,91	0,91
A11.07.019	Пункция патологического образования слизистой преддверия полости рта	0,91	0,91
A11.07.020	Биопсия слюнной железы	1,15	1,15
A15.01.003	Наложение повязки при операции в челюстно-лицевой области	1,06	1,06
A15.07.002	Наложение повязки при операциях в полости рта	1,06	1,06
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани ⁶	1,3	1,3
A16.01.008	Сшивание кожи и подкожной клетчатки ⁷	0,84	0,84
A16.07.097	Наложение шва на слизистую оболочку рта	0,84	0,84
A16.01.012	Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса)	2	2
A16.01.016	Удаление атеромы	2,33	2,33
A16.01.030	Иссечение грануляции	2,22	2,22
A16.04.018	Вправление вывиха сустава	1	1
A16.07.095.001	Остановка луночного кровотечения без наложения швов методом тампонады	1,25	1,25
A16.07.095.002	Остановка луночного кровотечения без наложения швов с использованием гемостатических материалов	1	1
A16.07.001.001	Удаление временного зуба	1,01	1,01
A16.07.001.002	Удаление постоянного зуба	1,55	1,55
A16.07.001.003	Удаление зуба сложное с разъединением	2,58	2,58

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
	корней		
A16.07.024	Операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба	3	3
A16.07.040	Лоскутная операция в полости рта ⁸	2,7	2,7
A16.07.007	Резекция верхушки корня	3,78	3,78
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта	1	1
A16.07.012	Вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса	0,97	0,97
A16.07.013	Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба	1,03	1,03
A16.07.014	Вскрытие и дренирование абсцесса полости рта	2,14	2,14
A16.07.015	Вскрытие и дренирование очага воспаления мягких тканей лица или дна полости рта	2,41	2,41
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	3,89	3,89
A16.07.017.002	Коррекция объема и формы альвеолярного отростка ⁹	1,22	1,22
A16.07.026	Гингивэктомия	4,3	4,3
A16.07.089	Гингивопластика	4,3	4,3
A16.07.038	Открытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба ⁴	1	1
A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы	2,1	2,1
A16.07.043	Пластика уздечки нижней губы	2,1	2,1
A16.07.044	Пластика уздечки языка	1	1
A16.07.096	Пластика перфорации верхнечелюстной пазухи	4	4
A16.07.008.003	Закрытие перфорации стенки корневого канала зуба	1,8	1,8
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона)	1,04	1,04
A16.07.059	Гемисекция зуба	2,6	2,6
A11.07.025	Промывание протока слюнной железы	1,85	1,85
A16.22.012	Удаление камней из протоков слюнных желез	3	3
A16.30.064	Иссечение свища мягких тканей	2,25	2,25
A16.30.069	Снятие послеоперационных швов (лигатур)	0,38	0,38
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	1,5	1,5
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	1,5	1,5
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	0,5	0,5
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	1,01	1,01
A17.07.006	Депозифорез корневого канала зуба	1,5	1,5
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	2	2
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	1,67	1,67
A17.07.009	Воздействие электрическими полями при	1	1

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
	патологии полости рта и зубов		
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	1	1
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A20.07.001	Гидроорошение при заболевании полости рта и зубов	1,5	1,5
A21.07.001	Вакуум-терапия в стоматологии	0,68	0,68
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	1,25	1,25
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	1	1
Ортодонтия			
B01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный		4,21
B01.063.002	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный		1,38
B04.063.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта		1,69
A02.07.004	Антропометрические исследования		1,1
A23.07.002.027	Изготовление контрольной модели		2,5
A02.07.010.001	Снятие оттиска с одной челюсти		1,4
A02.07.010	Исследование на диагностических моделях челюстей		2
A23.07.001.001	Коррекция съемного ортодонтического аппарата		1,75
A23.07.003	Припасовка и наложение ортодонтического аппарата		1,8
A23.07.001.002	Ремонт ортодонтического аппарата		1,55
A23.07.002.037	Починка перелома базиса самотвердеющей пластмассой		1,75
A23.07.002.045	Изготовление дуги вестибулярной с дополнительными изгибами		3,85
A23.07.002.073	Изготовление дуги вестибулярной		2,7
A23.07.002.051	Изготовление кольца ортодонтического		4
A23.07.002.055	Изготовление коронки ортодонтической		4
A23.07.002.058	Изготовление пластинки вестибулярной		2,7
A23.07.002.059	Изготовление пластинки с заслоном для языка (без кламмеров)		2,5
A23.07.002.060	Изготовление пластинки с окклюзионными накладками		18,0
A16.07.053.002	Распил ортодонтического аппарата через винт		1

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
Профилактические услуги			
B04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,57
B04.065.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,3	1,57
B04.065.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	1,3	
B04.065.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,3	1,3
A11.07.012	Глубокое фторирование эмали зуба	0,3	0,3
A11.07.024	Местное применение реминерализующих препаратов в области зуба ⁴	0,7	0,7
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	0,87	0,87
A16.07.057	Запечатывание фиссуры зуба герметиком	1	1

Примечания:

- ¹ - одного квадранта
- ² - включая полирование пломбы
- ³ - трех зубов
- ⁴ - одного зуба
- ⁵ - на одной челюсти
- ⁶ - без наложения швов
- ⁷ - один шов
- ⁸ - в области двух-трех зубов
- ⁹ - в области одного-двух зубов

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, с распределением по уровням оказания медицинской помощи

№	Наименование медицинской организации	за единицу объема (случай)	по подушевому нормативу финансирования
Третий уровень оказания медицинской помощи			
1	ГБУЗ АО АМОКБ	*	
2	ГБУЗ АО "ОДКБ ИМ. Н.Н.СИЛИЩЕВОЙ"	*	
3	ГБУЗ АО "ОКОД"	*	
4	ГБУЗ АО "ГКБ № 3"	*	
5	ГБУЗ АО "КРД ИМ. Ю.А.ПАСХАЛОВОЙ"	*	
6	ФГБУ "ФЦССХ" МИНЗДРАВА РОССИИ (Г.АСТРАХАНЬ)	*	
7	ЧУЗ "КБ "РЖД-МЕДИЦИНА" Г.АСТРАХАНЬ	*	
8	ЧУЗ "МСЧ"	*	
Второй уровень оказания медицинской помощи			
9	ГБУЗ АО "ОИКБ ИМ.А.М. НИЧОГИ"	*	
10	ГБУЗ АО "ОКВД"	*	
11	ГБУЗ АО "ГКБ № 2 "	*	
12	ГБУЗ АО "АХТУБИНСКАЯ РБ"		*
13	ГБУЗ АО "ЕНОТАЕВСКАЯ РБ"		*
14	ГБУЗ АО " КАМЫЗЯКСКАЯ РБ"		*
15	ГБУЗ АО " КРАСНОЯРСКАЯ РБ"		*
16	ГБУЗ АО "НАРИМАНОВСКАЯ РБ"		*
17	ГБУЗ АО "ЧЕРНОЯРСКАЯ РБ"		*
Первый уровень оказания медицинской помощи			
18	ГБУЗ АО " ВОЛОДАРСКАЯ РБ"		*
19	ГБУЗ АО " ИКРЯНИНСКАЯ РБ"		*
20	ГБУЗ АО "ЛИМАНСКАЯ РБ"		*
21	ГБУЗ АО "ХАРАБАЛИНСКАЯ РБ ИМ. Г.В. ХРАПОВОЙ"		*
22	ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО ЗНАМЕНСК"		*
23	ООО "МЕДИАЛ"	*	

Распределение структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи

№	Наименование медицинских организаций (в том числе профилей коек их подразделений для оказания специализированной медицинской помощи)	Уровень (подуровень) оказания медицинской помощи
		В условиях круглосуточного стационара
1	2	3
1	ГБУЗ АО Александрo-Мариинская областная клиническая больница	3
1	Аллергологические	2.1
2	Гастроэнтерологические	2.1
3	Гематологические *	3
4	Гинекологические	2.1
5	Для беременных и рожениц	2.1
6	Для новорожденных	2.1
8	Кардиологические	2.1
9	Кардиологические для больных с острым инфарктом миокарда *	3
10	Неврологические	2.1
11	Неврологические для больных с острым нарушением мозгового кровообращения	2.1
12	Нейрохирургические *	3
13	Нефрологические	2.1
14	Ожоговые (хирургия (комбустиология)) *	3
15	Онкологические абдоминальные	2.3
16	Онкологические опухолей головы и шеи *	3
17	Ортопедические	2.1
18	Оториноларингологические	2.1
19	Офтальмологические *	3
20	Патологии беременности	2.1
21	Патологии новорожденных и недоношенных детей *	3
22	Проктологические	2.1
23	Пульмонологические	2.1
24	Ревматологические *	3
25	Сосудистой хирургии	2.1
26	Терапевтические	2.1
27	Торакальной хирургии	2.1
28	Травматологические, ортопедические*	3
29	Урологические *	3
30	Хирургические	2.1
31	Челюстно-лицевой хирургии	2.1
32	Эндокринологические	2.1
2	ГБУЗ АО «Областная детская клиническая больница им. «Н.Н. Силишовой»	3
1	Аллергологические	2.1
2	Гастроэнтерологические	2.1
3	Гематологические	2.1
4	Гинекологические для детей	2.1
5	Инфекционные (госпиталь)	2.2
6	Кардиологические для детей	2.1
7	Неврологические	2.1
8	Нейрохирургические*	3
9	Нефрологические	2.1
10	Ожоговые (хирургия (комбустиология))	2.1
11	Онкологические для детей	2.3
12	Ортопедические *	3
13	Оториноларингологические	2.1
14	Офтальмологические *	3
15	Патологии новорожденных и недоношенных детей *	3
16	Педиатрические соматические *	3
17	Пульмонологические	2.1
18	Реабилитационные для больных с заболеваниями ОДА и ПНС	2.2
19	Реабилитационные соматические	2.2
20	Реабилитационные для больных с заболеваниями ЦНС и органов чувств	2.2
21	Ревматологические	2.1
22	Сосудистой хирургии	2.1
23	Торакальной хирургии	2.1
24	Травматологические, ортопедические *	3
25	Уроандрологические для детей *	3
26	Хирургические для детей *	3

27	Челюстно-лицевой хирургии *	3
28	Эндокринологические для детей	2.1
5	ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги»	2
1	Инфекционные	2.2
2	Инфекционные (госпиталь)	2.2
4	ГБУЗ АО «Областной онкологический диспансер»	3
1	Онкологические *	3
2	Онкогинекологические *	3
3	Онкологические торакальные *	3
4	Онкологические абдоминальные *	3
5	Радиологические	2.3
6	Онкоурологические *	3
7	Онкологические опухолей головы и шеи *	3
6	ГБУЗ АО «Областной кожно-венерологический диспансер»	2
1	Дерматологические	2.2
7	ГБУЗ АО «Городская клиническая больница №2 им. братьев Губиных»	2
1	Геронтологические	2.1
2	Инфекционные	2.2
3	Неврологические	1.1
4	Офтальмологические	1.1
5	Терапевтические	1.1
6	Травматологические, ортопедические	1.1
8	ГБУЗ АО «Городская клиническая больница №3 им. С.М. Кирова»	3
1	Гастроэнтерологические	2.1
2	Гинекологические*	3
3	Инфекционные	2.2
4	Инфекционные (госпиталь)	2.2
5	Кардиологические	2.1
6	Кардиологические для больных с острым инфарктом миокарда *	3
7	Неврологические	2.1
8	Неврологические для больных с острым нарушением мозгового кровообращения	2.1
9	Нейрохирургические*	3
10	Нефрологические	2.1
11	Офтальмологические	2.1
12	Педиатрические соматические	2.1
13	Пульмонологические	2.1
14	Реабилитационные для больных с заболеваниями ОДА и периферической нервной системы	2.2
15	Реабилитационные для больных с заболеваниями ЦНС и органов чувств	2.2
16	Реабилитационные соматические	2.2
17	Сосудистой хирургии *	3
18	Терапевтические	2.1
19	Токсикологические	2.1
20	Травматологические, ортопедические *	3
21	Урологические*	3
22	Хирургические	2.1
23	Эндокринологические *	3
3	ГБУЗ АО «Клинический родильный дом»	3
1	Акушерского ухода	2.1
2	Гинекологические *	3
3	Для беременных и рожениц	2.1
4	Для новорожденных *	3
5	Патологии беременности	2.1
9	ГБУЗ АО «Ахтубинская районная больница»	2
1	Гинекологические	2.1
2	Для беременных и рожениц	2.1
3	Инфекционные	2.2
4	Инфекционные (госпиталь)	2.2
5	Кардиологические	1.1
6	Кардиологические для больных с острым инфарктом миокарда	2.1
7	Неврологические	1.1
8	Неврологические для больных с острым нарушением мозгового кровообращения	2.1
9	Патологии беременности	2.1
10	Педиатрические соматические	1.1
11	Терапевтические	1.1
12	Травматологические, ортопедические	1.1
13	Урологические	1.1

14	Хирургические	1.1
15	Хирургические для детей	1.1
10	ГБУЗ АО «Володарская районная больница»	1
1	Гинекологические	1.1
2	Для беременных и рожениц	1.1
3	Неврологические	1.1
4	Терапевтические	1.1
5	Хирургические	1.1
6	Хирургические для детей	1.1
11	ГБУЗ АО «Енотаевская районная больница»	2
1	Гинекологические	1.1
2	Для беременных и рожениц	1.1
3	Инфекционные	1.1
4	Кардиологические	2.1
5	Педиатрические соматические	1.1
6	Терапевтические	1.1
7	Хирургические	2.1
8	Хирургические для детей	1.1
12	ГБУЗ АО «Икрянинская районная больница»	1
1	Гинекологические	1.1
2	Для беременных и рожениц	1.1
3	Неврологические	1.1
4	Педиатрические соматические	1.1
5	Терапевтические	1.1
6	Хирургические	1.1
7	Хирургические для детей	1.1
13	ГБУЗ АО «Камызякская районная больница»	2
1	Гинекологические	1.1
2	Для беременных и рожениц	1.1
3	Инфекционные	2.2
4	Неврологические	1.1
5	Педиатрические соматические	1.1
6	Терапевтические	1.1
7	Хирургические	1.1
8	Хирургические для детей	1.1
14	ГБУЗ АО «Красноярская районная больница»	2
1	Гинекологические	1.1
2	Для беременных и рожениц	1.1
3	Инфекционные	2.2
4	Неврологические	1.1
5	Терапевтические	1.1
6	Хирургические	1.1
15	ГБУЗ АО «Диманская районная больница»	1
1	Гинекологические	1.1
2	Для беременных и рожениц	1.1
3	Инфекционные	1.1
4	Неврологические	1.1
5	Педиатрические соматические	1.1
6	Терапевтические	1.1
7	Хирургические	1.1
8	Хирургические для детей	1.1
16	ГБУЗ АО «Наримановская районная больница»	2
1	Гинекологические	1.1
2	Для беременных и рожениц	1.1
3	Терапевтические	1.1
4	Хирургические	2.1
17	ГБУЗ АО «Харабалинская районная больница им. Г.В. Храповой»	1
1	Гинекологические	1.1
2	Для беременных и рожениц	1.1
3	Инфекционные	1.1
4	Кардиологические	1.1
5	Кардиологические для больных с ОИМ	1.1
6	Неврологические	1.1
7	Педиатрические соматические	1.1
8	Терапевтические	1.1

9	Хирургические	1.1
10	Хирургические для детей	1.1
18	ГБУЗ АО «Черноярская районная больница»	2
1	Гинекологические	1.1
2	Для беременных и рожениц	1.1
3	Инфекционные	1.1
4	Неврологические	1.1
5	Педиатрические соматические	1.1
6	Терапевтические	1.1
7	Урологические	1.1
8	Хирургические	2.1
9	Хирургические для детей	1.1
19	ГБУЗ АО «Городская больница ЗАТО Знаменск»	1
1	Гинекологические	1.2
2	Для беременных и рожениц	1.2
3	Инфекционные	1.2
4	Педиатрические соматические	1.2
5	Терапевтические	1.2
6	Хирургические	1.2
7	Хирургические для детей	1.2
20	Частное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть»	3
1	Гинекологические *	3
2	Кардиологические	2.1
3	Офтальмологические *	3
4	Терапевтические	2.1
5	Реабилитационные для больных с заболеваниями ОДА и ПНС	2.2
6	Реабилитационные для больных с заболеваниями ЦНС и органов чувств	2.2
7	Реабилитационные соматические	2.2
8	Урологические *	3
9	Хирургические	2.1
21	Негосударственное учреждение здравоохранения Частное учреждение здравоохранения "Клиническая больница "РЖД - Медицина" города Астрахани	3
1	Гинекологические	2.1
2	Неврологические	2.1
3	Реабилитационные для больных с заболеваниями ОДА и ПНС	2.2
4	Реабилитационные для больных с заболеваниями ЦНС и органов чувств	2.2
5	Реабилитационные соматические	2.2
6	Терапевтические	2.1
7	Урологические *	3
8	Хирургические *	3
22	Общество с ограниченной ответственностью «Меднал»	1
1	Гинекологические	1.1
23	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Астрахань)	3
1	Кардиологические	2.1
2	Кардиологические для детей	2.1
3	Кардиохирургические*	3
4	Терапевтические	2.1
5	Торакальной хирургии	2.1
6	Хирургические	2.1
7	Хирургические для детей	2.1

* оказывают ВМП

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, с указанием типа дневного стационара, уровня оказания медицинской помощи и способов оплаты медицинской помощи

№	Наименование медицинской организации	Тип дневного стационара			за единицу объема (случай)	по подушевому нормативу финансирования
		при стационаре	при поликлинике	на дому		
Третий уровень оказания медицинской помощи						
1	ГБУЗ АО АМОКБ	*	*		*	
2	ГБУЗ АО "ОДКБ ИМ. Н.Н.СИЛИЩЕВОЙ"	*	*		*	
3	ГБУЗ АО "ОКОД"	*			*	
4	ГБУЗ АО "ГКБ № 3"	*			*	
5	ГБУЗ АО "КРД ИМ.Ю.А.ПАСХАЛОВОЙ"	*	*		*	
6	ЧУЗ "МСЧ"	*			*	
7	ЧУЗ "КБ "РЖД-МЕДИЦИНА" Г.АСТРАХАНЬ"		*		*	
Второй уровень оказания медицинской помощи						
8	ГБУЗ АО "ОИКБ ИМ.А.М. НИЧОГИ"	*			*	
9	ГБУЗ АО "ОКВД"	*			*	
10	ГБУЗ АО "ОЦОЗ И МП"		*		*	
11	ГБУЗ АО "ОКД"		*		*	
12	ГБУЗ АО "ОВФД ИМ. Ю.И. ФИЛИМОНОВА "		*		*	
13	ГБУЗ АО "ГКБ № 2"	*			*	
14	ГБУЗ АО "ДГП № 1"		*	*	*	
15	ГБУЗ АО "АХТУБИНСКАЯ РБ"	*	*	*		*
16	ГБУЗ АО "ЕНОТАЕВСКАЯ РБ"	*	*	*		*
17	ГБУЗ АО "КАМЫЗЯКСКАЯ РБ"	*	*	*		*
18	ГБУЗ АО "КРАСНОЯРСКАЯ РБ"	*	*	*		*
19	ГБУЗ АО "НАРИМАНОВСКАЯ РБ"	*	*	*		*
20	ГБУЗ АО "ЧЕРНОЯРСКАЯ РБ"	*				*
21	ГБУЗ АО "ЦОЗСИР"		*		*	
22	ООО "ЦЕНТР ДИАЛИЗА АСТРАХАНЬ"		*		*	
23	ООО "ЦЕНТР МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА"		*		*	
24	ООО "НЕФРОМЕД"		*		*	
25	ООО "ЦЕНТР ЭКО"		*		*	
26	ООО "ЦЕНТР СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ"		*		*	
27	ООО "БИБИВЭЛ"		*		*	
Первый уровень оказания медицинской помощи						
28	ГБУЗ АО "ГП № 1"		*	*	*	
29	ГБУЗ АО "ГП № 2"		*	*	*	
30	ГБУЗ АО "ГП № 3"		*	*	*	
31	ГБУЗ АО "ГП № 5"		*	*	*	
32	ГБУЗ АО "ГП № 8"		*	*	*	
33	ГБУЗ АО "ГП № 10"		*	*	*	
34	ГБУЗ АО "ДГП № 3"		*	*	*	
35	ГБУЗ АО "ДГП № 4"			*	*	
36	ГБУЗ АО "ДГП № 5"			*	*	
37	ГБУЗ АО "ВОЛОДАРСКАЯ РБ"	*	*	*		*
38	ГБУЗ АО "ИКРЯНИНСКАЯ РБ"	*	*			*
39	ГБУЗ АО "ЛИМАНСКАЯ РБ"	*	*			*
40	ГБУЗ АО "ПРИВОЛЖСКАЯ РБ"		*	*	*	
41	ГБУЗ АО "ХАРАБАЛИНСКАЯ РБ ИМ. Г.В. ХРАПОВОЙ"	*		*		*
42	ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО ЗНАМЕНСК"	*				*
43	АКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА РОССИИ		*		*	
44	ОАО "НОВАЯ ПОЛИКЛИНИКА - АСТРАХАНЬ"		*		*	
45	ООО "МЕДИАЛ"		*		*	
46	ООО "ТРАВМОТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР "ЛОКОХЕЛП"		*		*	

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих скорую медицинскую помощь лицам вне медицинской организации, с указанием уровня оказания медицинской помощи и способов оплаты медицинской помощи

Уровень оказания медицинской помощи	№	Наименование медицинской организации	№ однородной группы МО в рамках подушевого финансирования	Способы оплаты	
				за единицу объема (вызов) (застрахованным лицам за пределами Астраханской области)	по подушевому нормативу финансирования
Третий уровень	1	ЧУЗ "КБ "РЖД-МЕДИЦИНА" Г.АСТРАХАНЬ"	1	*	*
	2	ГБУЗ АО "АХТУБИНСКАЯ РБ"	1	*	*
Второй уровень	3	ГБУЗ АО "ЕНОТАЕВСКАЯ РБ"	1	*	*
	4	ГБУЗ АО "КАМЫЗЯКСКАЯ РБ"	1	*	*
	5	ГБУЗ АО "КРАСНОЯРСКАЯ РБ"	1	*	*
	6	ГБУЗ АО "НАРИМАНОВСКАЯ РБ"	1	*	*
	7	ГБУЗ АО "ЧЕРНОЯРСКАЯ РБ"	1	*	*
Первый уровень	8	ГБУЗ АО "ВОЛОДАРСКАЯ РБ"	1	*	*
	9	ГБУЗ АО "ИКРЯНИНСКАЯ РБ"	1	*	*
	10	ГБУЗ АО "ЛИМАНСКАЯ РБ"	1	*	*
	11	ГБУЗ АО "ПРИВОЛЖСКАЯ РБ"	1	*	*
	12	ГБУЗ АО "ХАРАБАЛИНСКАЯ РБ ИМ. Г.В. ХРАПОВОЙ"	1	*	*
	13	ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО ЗНАМЕНСК"	1	*	*
	14	ГБУЗ АО "ЦМК И СМП"	1	*	*

Перечень медицинских организаций с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи

Уровень оказания медицинской помощи	№	Наименование медицинской организации	По подушевому нормативу финансирования по всем видам и услугам предоставления медицинской помощи
Второй уровень	1	ГБУЗ АО "АХТУБИНСКАЯ РБ"	*
	2	ГБУЗ АО "ЕНОТАЕВСКАЯ РБ"	*
	3	ГБУЗ АО "КАМЫЗЯКСКАЯ РБ"	*
	4	ГБУЗ АО "КРАСНОЯРСКАЯ РБ"	*
	5	ГБУЗ АО "НАРИМАНОВСКАЯ РБ"	*
	6	ГБУЗ АО "ЧЕРНОЯРСКАЯ РБ"	*
Первый уровень	7	ГБУЗ АО "ВОЛОДАРСКАЯ РБ"	*
	8	ГБУЗ АО "ИКРЯНИНСКАЯ РБ"	*
	9	ГБУЗ АО "ЛИМАНСКАЯ РБ"	*
	10	ГБУЗ АО "ХАРАБАЛИНСКАЯ РБ ИМ. Г.В. ХРАПОВОЙ"	*
	11	ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО ЗНАМЕНСК"	*

Коэффициенты для расчета дифференцированных нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях

№	Наименование	Коэффициент дифференциации на прикрепившихся к МО лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (КДот)		Коэффициент половозрастного состава обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше	Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Астраханской области	Группа МО	Коэффициент уровня расходов МО (плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, расходы, связанные с содержанием МО (структурных подразделений МО), а также расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий
		численность от 0-20 и от 20 - 50 (в тыс.)	КДот				
1	ГБУЗ АО "ГП № 1"	-	1.0000	0.8494	0.90	1	1.10
2	ГБУЗ АО "ГП № 2"	-	1.0000	1.0639	0.75	1	1.10
3	ГБУЗ АО "ГП № 3"	-	1.0000	0.9513	0.80	1	1.10
4	ГБУЗ АО "ГП № 5"	-	1.0000	0.9028	1.00	1	1.10
5	ГБУЗ АО "ГП № 8"	-	1.0000	0.8208	1.00	1	1.10
6	ГБУЗ АО "ДГП № 1"	-	1.0000	1.7527	1.00	1	1.10
7	ГБУЗ АО "ДГП № 3"	-	1.0000	1.7934	1.40	1	1.10
8	ГБУЗ АО "ДГП № 4"	-	1.0000	1.7858	1.40	1	1.10
9	ГБУЗ АО "ДГП № 5"	-	1.0000	1.7514	1.40	1	1.10
10	ГБУЗ АО " ИКРЯНИНСКАЯ РБ"	20-50	1.0400	1.0508	1.00	1	1.10
11	ГБУЗ АО "ПРИВОЛЖСКАЯ РБ"	20-50	1.0400	1.0652	1.00	1	1.10
12	ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО ЗНАМЕНСК"	20-50	1.0400	1.0987	1.00	1	1.10
13	АКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА РОССИИ	-	1.0000	1.0410	1.00	1	1.10
14	ЧУЗ "МСЧ"	-	1.0000	0.6952	1.00	1	1.10
15	ЧУЗ "КБ "РЖД-МЕДИЦИНА" Г.АСТРАХАНЬ"	20-50	1.0520	0.9009	1.00	1	1.10
16	ПОЛИКЛИНИКА (АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.Г.ЗНАМЕНСК) ФГБУ "413 ВГ" МИНОБОРОНЫ РОССИИ	-	1.0000	0.7740	1.00	1	1.10
17	ГБУЗ АО "ГП № 10"	-	1.0000	1.0495	1.00	2	1.11
18	ФКУЗ "МСЧ МВД РОССИИ ПО АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ"	-	1.0000	0.8563	1.00	2	1.11
19	ГБУЗ АО "АХТУБИНСКАЯ РБ"	20-50	1.0400	1.0479	1.00	3	1.20
20	ГБУЗ АО " ВОЛОДАРСКАЯ РБ"	20-50	1.0400	1.0492	1.00	3	1.20
21	ГБУЗ АО " КАМЫЗЯКСКАЯ РБ"	20-50	1.0400	1.0362	1.00	3	1.20
22	ГБУЗ АО " КРАСНОЯРСКАЯ РБ"	20-50	1.0400	1.0415	1.00	4	1.30
23	ГБУЗ АО "ЛИМАНСКАЯ РБ"	20-50	1.0400	1.0476	1.00	4	1.30
24	ГБУЗ АО "НАРИМАНОВСКАЯ РБ"	20-50	1.0400	1.0472	1.00	4	1.30
25	ГБУЗ АО "ХАРАБАЛИНСКАЯ РБ ИМ. Г.В. ХРАПОВОЙ"	20-50	1.0400	1.0481	1.00	4	1.30
26	ГБУЗ АО "ЕНОТАЕВСКАЯ РБ"	20-50	1.0400	1.0422	1.00	5	1.40
27	ГБУЗ АО "ЧЕРНОЯРСКАЯ РБ"	0-20	1.1130	1.0225	1.00	5	1.40

**Базовая ставка (Б) финансирования
единицы объема медицинской помощи**

Вид и условия оказания медицинской помощи	Единица объема	Стоимость (руб.)
Круглосуточный стационар (без ВМП)	1 случай	25 968,50
Дневной стационар всех типов	1 случай	15 141,60
Амбулаторно-поликлиническая помощь	1 посещение с профилактическими и иными целями	283,78
Профилактические медицинские осмотры	1 комплексное посещение	2 051,50
Диспансеризация всего	1 комплексное посещение	2 507,20
в т.ч. углубленная диспансеризация		1 084,10
Диспансерное наблюдение определенных групп взрослого населения	1 комплексное посещение	1 268,60
Амбулаторно-поликлиническая помощь	1 обращение по поводу заболевания	1 047,41
Амбулаторно-поликлиническая помощь по профилю «медицинская реабилитация»	1 комплексное посещение	19 906,00
Амбулаторно-поликлиническая помощь	1 посещение неотложной медицинской помощи	768,85
Амбулаторно-поликлиническая помощь по профилю «стоматология»	1 УЕТ	181,89
Скорая медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации	1 вызов	3 285,28
«Гемодиализ» код услуги А18.05.002	1 услуга гемодиализа	5 570,16
«Перитонеальный диализ» код услуги А18.30.001	1 услуга перитонеального диализа	4 002,06
Компьютерная томография	1 исследование	2 692,10
Магнитно-резонансная томография	1 исследование	3 675,90

Вид и условия оказания медицинской помощи	Единица объема	Стоимость (руб.)
Ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	1 исследование	543,60
Эндоскопическое диагностическое исследование	1 исследование	996,80
Молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний	1 исследование	8 371,10
Патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний	1 исследование	2 064,50
Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID- 19)	1 исследование	399,60

Фельдшерские, фельдшерско - акушерские пункты, соответствующие требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи

Фельдшерско-акушерские пункты, соответствующие требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи			ИТОГО				СТОИМОСТЬ, руб.			
			обслуживающих от 100 до 900 жителей	обслуживающих от 900 до 1500 жителей	обслуживающих от 1500 до 2000 жителей	Итого ФАПов	обслуживающих от 100 до 900 жителей	обслуживающих от 900 до 1500 жителей	обслуживающих от 1500 до 2000 жителей	Итого ФАПов
Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций			1 174 200,00	1 860 300,00	2 088 900,00					
№		Всего	70	26	3	99	82 194 000,00	48 367 800,00	6 266 700,00	136 828 500,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Ахтубинская районная больница» (ГБУЗ АО «Ахтубинская РБ»)	7	3	0	10	8 219 400,00	5 580 900,00	0,00	13 800 300,00
1	00320100014001022	п. Верблюжий	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
2	00320100014007017	с. Батаевка	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
3	00320100014004010	с. Пироговка	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
4	00320100014012005	с. Покровка		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
5	00320100014015021	с. Пологое Займище		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
6	00320100014002008	с. Ново-Николаевка		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
7	00320100014019024	с. Сокрутовка	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
8	00320100014009025	с. Удачное	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
9	00320100014011023	с. Успенка (ул. Школьная, д.18 помещение 1)	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
10	00320100014006026	с. Успенка (нп. Микрорайон)	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Володарская районная больница» (ГБУЗ АО «Володарская РБ»)	14	0	0	14	16 438 800,00	0,00	0,00	16 438 800,00
1	00320200014005015	п. Камардан	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
2	00320200014007016	п. Костюбе	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
3	00320200014008027	с. Алексеевка	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
4	00320200014001003	с. Калинино	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
5	00320200014023033	с. Лебяжье	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00

Фельдшерско-акушерские пункты, соответствующие требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи			ИТОГО				СТОИМОСТЬ, руб.			
			обслуживающих от 100 до 900 жителей	обслуживающих от 900 до 1500 жителей	обслуживающих от 1500 до 2000 жителей	Итого ФАПов	обслуживающих от 100 до 900 жителей	обслуживающих от 900 до 1500 жителей	обслуживающих от 1500 до 2000 жителей	Итого ФАПов
6	00320200014019031	с. Маково	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
7	00320200014015025	с. Новокрасное	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
8	00320200014011001	с. Новый Рычан	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
9	00320200014002018	с. Тулугановка	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
10	00320200014009008	с. Тюрино	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
11	00320200014004013	п. Трубный	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
12	00320200014026009	с. Разбугорье	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
13	00320200014031034	п. Винный	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
14	00320200014030020	с. Ямное	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Енотаевская районная больница» (ГБУЗ АО «Енотаевская РБ»)	4	2	0	6	4 696 800,00	3 720 600,00	0,00	8 417 400,00
1	00320300014009001	с. Ветлянка	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
2	00320300014005009	с. Грачи	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
3	01360700014008005	с. Косика	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
4	01360700014028032	с. Копановка		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
5	00320300014008024	с. Сероглазка	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
6	01360700014026013	с. Ленино		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Икрянинская районная больница» (ГБУЗ АО «Икрянинская РБ»)	12	4	1	17	14 090 400,00	7 441 200,00	2 088 900,00	23 620 500,00
1	00320400014032031	п. Товарный	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
2	00320400014023022	с. Алгаза	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
3	00320400014016036	с. Бекетовка		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
4	00320400014008029	с. Вахромеево	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
5	00320400014021021	с. Восточное	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
6	00320400014025019	с. Ильинка			1	1	0,00	0,00	2 088 900,00	2 088 900,00
7	00320400014017034	с. Зюзино	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
8	00320400014007001	с. Светлинский	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
9	00320400014006004	с. Хмелевинский	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
10	00320400014005030	с. Оранжевыйненский		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
11	00320400014026037	с. Боркинский	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00

Фельдшерско-акушерские пункты, соответствующие требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи			ИТОГО				СТОИМОСТЬ, руб.			
			обслуживающих от 100 до 900 жителей	обслуживающих от 900 до 1500 жителей	обслуживающих от 1500 до 2000 жителей	Итого ФАПов	обслуживающих от 100 до 900 жителей	обслуживающих от 900 до 1500 жителей	обслуживающих от 1500 до 2000 жителей	Итого ФАПов
12	00320400014030018	с. Озёрное		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
13	00320400014003002	с. Седлистое		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
14	00320400014037039	с. Сергиевка	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
15	00320400014002035	с. Сергино	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
16	00320400014019008	с. Ново-Булгары	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
17	00320400014028038	с. Ямное	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Камызякская районная больница» (ГБУЗ АО «Камызякская РБ»)	10	6	0	16	11 742 000,00	11 161 800,00	0,00	22 903 800,00
1	00320500014017017	с. Бараний Бугор	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
2	00320500014027012	с. Бирючок	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
3	00320500014021004	с. Грушево	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
4	00320500014020037	с. Иванчугский		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
5	00320500014036033	с. Караульное		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
6	00320500014012022	с. Лебяжье	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
7	00320500014033029	с. Никольское		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
8	00320500014005040	с. Парыгино	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
9	00320500014037003	с. Полднее		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
10	00320500014001042	с. Станьевский	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
11	00320500014004041	с. Застенка	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
12	00320500014035006	с. Трехизбинка	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
13	00320500014024043	с. Уваринский		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
14	00320500014028018	с. Чаган		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
15	00320500014008039	с. Чапаево	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
16	00320500014038031	с. Хмелевка	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Красноярская районная больница» (ГБУЗ АО «Красноярская РБ»)	5	1	0	6	5 871 090,00	1 860 300,00	0,00	7 731 300,00
1	00320600014026007	с. Алча		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
2	00320600014017017	с. Караозек	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
3	00320600014011027	с. Кривой Бузан	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00

Фельдшерско-акушерские пункты, соответствующие требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи			ИТОГО				СТОИМОСТЬ, руб.			
			обслуживающих от 100 до 900 жителей	обслуживающих от 900 до 1500 жителей	обслуживающих от 1500 до 2000 жителей	Итого ФАПов	обслуживающих от 100 до 900 жителей	обслуживающих от 900 до 1500 жителей	обслуживающих от 1500 до 2000 жителей	Итого ФАПов
4	00320600014004022	с. Малый Арал	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
5	00320600014021004	п. Аллайский	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
6	00320600014002008	п. Вишневый	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Лиманская районная больница» (ГБУЗ АО «Лиманская РБ»)	4	2	0	6	4 696 800,00	3 720 600,00	0,00	8 417 400,00
1	00320700014021003	с. Басы		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
2	00320700014013021	с. Воскресеновка	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
3	00320700014010002	с. Михайловка		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
4	00320700014024012	с. Проточное	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
5	00320700014002014	с. Рынок	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
6	00320700014026008	с. Яр-Базар	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Наримановская районная больница» (ГБУЗ АО «Наримановская РБ»)	3	4	1	8	3 522 600,00	7 441 200,00	2 088 900,00	13 052 700,00
1	00320800014015008	п. Мирный		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
2	00320800014021011	с. Биштыбинка		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
3	00320800014025023	с. Новокучергановка	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
4	00320800014004024	с. Рассвет		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
5	00320800014013010	п. Трусово			1	1	0,00	0,00	2 088 900,00	2 088 900,00
6	00320800014027005	с. Петропавловка	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
7	00320800014012020	с. Тулугановка		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
8	00320800014001001	с. Верхнебеляжье	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Приволжская районная больница» (ГБУЗ АО «Приволжская РБ»)	5	2	1	8	5 871 000,00	3 720 600,00	2 088 900,00	11 680 500,00
1	00320900014004004	п. Ассадулаево	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
2	00320900014009013	п. Нартовский	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
3	00320900014002007	п. Начало		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
4	00320900014011008	п. Яманцуг	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
5	00320900014019001	с. Водяновка	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00

Фельдшерско-акушерские пункты, соответствующие требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи			ИТОГО				СТОИМОСТЬ, руб.			
			обслуживающих от 100 до 900 жителей	обслуживающих от 900 до 1500 жителей	обслуживающих от 1500 до 2000 жителей	Итого ФАПов	обслуживающих от 100 до 900 жителей	обслуживающих от 900 до 1500 жителей	обслуживающих от 1500 до 2000 жителей	Итого ФАПов
6	00320900014003021	с. Кулаковка			1	1	0,00	0,00	2 088 900,00	2 088 900,00
7	00320900014005010	п. Стеклозавод		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
8	00320900014017011	п. Веселая Грива	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Харабалинская районная больница» (ГБУЗ АО «Харабалинская РБ им. Г.В. Храповой»)	1	1	0	2	1 174 200,00	1 860 300,00	0,00	3 034 500,00
1	00321000014016021	с. Речное	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
2	00321000014001006	с. Михайловка		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Черноярская районная больница» (ГБУЗ АО «Черноярская РБ»)	3	1	0	4	3 522 600,00	1 860 300,00	0,00	5 382 900,00
1	00321100014001010	с. Поды	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
2	00321100014008015	с. Вязовка	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
3	00321100014009003	с. Ступино	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
4	00321100014007004	с. Зубовка		1		1	0,00	1 860 300,00	0,00	1 860 300,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области (ГБУЗ АО «ГБ ЗАТО Знаменск»)	1	0	0	1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
1	00321200014004006	Садовое	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
		ЧУЗ "КБ "РЖД-МЕДИЦИНА"Г.АСТРАХАНЬ"	1	0	0	1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00
1	00321500014004001	п. Средний Баскунчак	1			1	1 174 200,00	0,00	0,00	1 174 200,00

Примечание: расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения), а также размеры и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей (далее - Порядок)

I. Общие положения

Оценка показателей результативности деятельности медицинской организации осуществляется:

- при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и - подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетических исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (в том числе углубленной диспансеризации), диспансерного наблюдения, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) 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) (далее - ПНФ АПП). Перечень медицинских организаций, реализующих данный способ оплаты утвержден Приложением №2 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи» настоящего Соглашения;

- при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) (далее - по ПНФ по всем видам и условиям предоставляемой медицинской

помощи). При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (в том числе углубленной диспансеризации), диспансерного наблюдения, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов). Перечень медицинских организаций, реализующих данный способ оплаты утвержден Приложением №10 «Перечень медицинских организаций с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи» настоящего Соглашения.

II. Размеры и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности

Оценка результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера осуществляется по итогам года на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно) по перечню групп медицинских организаций с указанием показателей результативности, применяемых для указанных групп медицинских организаций, утвержденных Таблицей 1 Порядка, с учетом порядка расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций, утвержденных Таблицей 2 Порядка. Результаты мониторинга и оценки достижения целевых значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляются решением Комиссии по разработке ТП ОМС (далее - Комиссия), которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими целевых показателей результативности деятельности (ОСрд), составляет 39 219 404,48 руб. или 2% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, в том числе, сформированных за счет способов оплаты:

-ПНФ АПП - 37 520 765,56 руб.

-ПНФ по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи – 1 698 638,92 руб.

Размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими целевых показателей результативности, утверждается Протоколом Комиссии (далее - Протокол). Направление средств, утвержденных Протоколом, производится страховой медицинской организацией в составе средств (с указанием суммы средств), направляемых на финансовое обеспечение медицинской

организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования. Выплаты по итогам года включаются в счет за декабрь.

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.

Результаты мониторинга достижения значений показателей результативности деятельности медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, рассматриваются Комиссией по результатам квартала в рамках заседания:

- за I квартал (на основании сведений о медицинской помощи за период январь-март текущего года);
- за I-II квартал (на основании сведений о медицинской помощи за период январь- июнь текущего года);
- за I-III квартал (на основании сведений о медицинской помощи за период декабрь предыдущего года - август текущего года);
- за I-IV квартал (на основании сведений о медицинской помощи за период декабрь предыдущего года – ноябрь текущего года).

III. Показатели результативности деятельности медицинских организаций

Таблицей 1 Порядка утверждены группы медицинских организаций, включающие перечень медицинских организаций с указанием показателей результативности, применяемых для указанных групп.

Таблицей 2 Порядка утверждены показатели результативности деятельности медицинских организаций и порядок расчета показателей для групп медицинских организаций.

IV. Последовательность расчета размера средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими целевых показателей результативности

-в части реализации способа оплаты по ПНФ АПП:

1) Каждый показатель, включенный в блок (Таблица 2 Порядка), оценивается в баллах, которые суммируются. Максимально возможная сумма баллов по каждому блоку составляет:

- 19 баллов для показателей блока 1;
- 7 баллов для показателей блока 2;
- 6 баллов для показателей блока 3.

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется балл в диапазоне от 0 до 2 баллов.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы:

I – выполнившие до 40,00 процентов показателей,

II – от 40,00 (включительно) до 60,00 процентов показателей,

III – от 60,00 (включительно) процентов показателей.

2) Объем средств за соответствующий период, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей:

<p>первая часть –70 % , распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения, по формуле:</p>	<p>вторая часть –30 % , распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов, по формуле:</p>
<p>$ОС_{\text{рд(нас)}} = 0,7 \times ОС_{\text{рд}} / \Sigma \text{Числ}$, где:</p> <ul style="list-style-type: none"> - $ОС_{\text{рд(нас)}}$ -объем средств, используемый при распределении 70 % от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей; - $ОС_{\text{рд}}$ - совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей; - $\Sigma \text{Числ}$- численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп, где: - Числ_i^j – средняя численность за период конкретной медицинской организации, полученная путем деления суммы численности прикрепленного населения к i-й медицинской организации на 1 число каждого месяца периода на количества месяцев периода. 	<p>$ОС_{\text{рд(балл)}} = 0,3 \times ОС_{\text{рд}} / \Sigma \text{Балл}$, где:</p> <ul style="list-style-type: none"> - $ОС_{\text{рд(балл)}}$ -объем средств, используемый при распределении 30 % от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей; - $ОС_{\text{рд}}$ - совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей; - $\Sigma \text{Балл}$- количество баллов, набранных в j периоде всеми медицинскими организациями III группы.
<p>Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-тый период ($ОС_{\text{рд(нас)}}^j_i$), рассчитывается по формуле:</p> $ОС_{\text{рд(нас)}}^j_i = ОС_{\text{рд(нас)}}^j \times \text{Числ}_i^j$ <p>Числ_i^j - численность прикрепленного населения в j-м периоде к i-той медицинской организации II и III групп.</p>	<p>Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию III группы за j-тый период ($ОС_{\text{рд(балл)}}^j_i$), рассчитывается по формуле:</p> $ОС_{\text{рд(балл)}}^j_i = ОС_{\text{рд(балл)}}^j \times \text{Балл}_i^j$ <p>Балл_i^j - количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.</p>

В случае отсутствия по итогам года медицинских организаций III группы средства в объеме 30% распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии методикой, утвержденной первой частью пункта 2 раздела IV Порядка.

3) Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию (стимулирующие выплаты) III группы за j-тый период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за j-тый период – равняется нулю.

4) Осуществление выплат стимулирующего характера в полном объеме медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится при условии фактического выполнения установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи (из расчета 1/12 плана года) с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно) и определяется по формуле:

$$\text{Ср \% ОП} = \frac{\% \text{ О} + \% \text{ П}}{2}, \text{ где}$$

Ср % ОП – средний процент выполнения обращений и посещений;

% О – процент выполнения обращений;

% П – процент выполнения посещений.

С учетом фактического выполнения медицинскими организациями объемов предоставления медицинской помощи применяются следующие понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат:

№	Средний процент выполнения обращений и посещений	Значение коэффициента
1	$\geq 90,00 \%$	1
2	от 80,00 % до 89,99 %	0,95
3	$\leq 79,99 \%$	0,9

По решению Комиссии принимая во внимание Распоряжение Министерства здравоохранения Астраханской области от 30.03.2020 №273р «О временном порядке организации работы медицинских организаций Астраханской области в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)" расчёт показателей может быть скорректирован.

-в части реализации способа оплаты по ПНФ по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи:

При условии фактического выполнения не менее 90,00 % установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи в неотложной форме (посещений) объем средств за соответствующий период, направляемый в медицинские организации, распределяется по формуле:

$$\text{ОС } j_{\text{нмп}} = \text{С } j_{\text{рд}} / \Sigma \text{ Числ, где:}$$

- ОС $j_{\text{рд(нмп)}}$ -объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

- ОС $j_{\text{рд}}$ - объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

- $\Sigma \text{ Числ}$ - численность прикрепленного населения в j-м периоде к медицинским организациям, выполнившим не менее 90,00 % установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи в неотложной форме (посещений) за период , установленный разделом II Порядка), где:

- Числⁱ_j – средняя численность за период конкретной медицинской организации, полученная путем деления суммы численности прикрепленного населения к i-й медицинской организации на 1 число каждого месяца периода на количества месяцев периода

Объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию определяется по формуле:

$$ОС_{jРД}^i = ОС_{РД(НМП)} * Числ_{j}^i.$$

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию за j-тый период определяется путем суммирования средств, рассчитанных в части реализации способа оплаты по ПНФ АПП и средств, рассчитанных в части реализации способа оплаты по ПНФ по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи.

Таблица 1 к Приложению № 14
к Тарифному соглашению
от "31 " января 2023 года

Группы медицинских организаций

1 группа (применяются показатели релультативности Блока1. и Блока 3.)*		
№	Наименование МО	Максимально возможная сумма баллов
1	ГБУЗ АО "ГП №1"	21
2	ГБУЗ АО "ГП № 8"	25
3	ЧУЗ "МСЧ"	21
4	ФКУЗ "МСЧ МВД РОССИИ ПО АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ"	21
5	ПОЛИКЛИНИКА (АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.,Г.ЗНАМЕНСК) ФГБУ "413 ВГ" МИНОБОРОНЫ РОССИИ	21
2 группа (применяются показатели релультативности Блока2.)*		
№	Наименование МО	Максимально возможная сумма баллов
1	ГБУЗ АО "ДГП № 1"	7
2	ГБУЗ АО "ДГП № 3"	7
3	ГБУЗ АО "ДГП № 4"	7
4	ГБУЗ АО "ДГП № 5"	7
3 группа (применяются показатели релультативности Блока1., Блока2. и Блока 3.)*		
№	Наименование МО	Максимально возможная сумма баллов
1	ГБУЗ АО "ГП № 2"	32
2	ГБУЗ АО "ГП №3"	32
3	ГБУЗ АО "ГП №5"	32
4	ГБУЗ АО "ГП №10"	32
5	ГБУЗ АО "АХТУБИНСКАЯ РБ"	32
6	ГБУЗ АО " ВОЛОДАРСКАЯ РБ"	32
7	ГБУЗ АО "ЕНОТАЕВСКАЯ РБ"	32
8	ГБУЗ АО " ИКРЯНИНСКАЯ РБ"	32
9	ГБУЗ АО "КАМЫЗЯКСКАЯ РБ"	32
10	ГБУЗ АО "КРАСНОЯРСКАЯ РБ"	32
11	ГБУЗ АО "ЛИМАНСКАЯ РБ"	32
12	ГБУЗ АО "НАРИМАНОВСКАЯ РБ"	32
13	ГБУЗ АО "ПРИВОЛЖСКАЯ РБ"	32
14	ГБУЗ АО "ХАРАБАЛИНСКАЯ РБ ИМ. Г.В. ХРАПОВОЙ"	32
15	ГБУЗ АО" ЧЕРНОЯРСКАЯ РБ"	32
16	ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО ЗНАМЕНСК"	32
17	АКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА РОССИИ	32
18	ЧУЗ "КБ"РЖД-МЕДИЦИНА" Г.АСТРАХАНЬ	32

*

- Блок 1.- Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)
Блок 2.- Детское население (от 0 до 17 лет включительно)
Блок 3.- Оказание акушерско-гинекологической помощи

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций

Подходы к балльной оценке показателей результативности				Порядок расчета значений показателей результативности			
№	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя <1>	Макс. Балл <2>	Формула расчета <3>	Единицы измерения	Источник
Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)				19			
Оценка эффективности профилактических мероприятий							
1	Доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому).	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 3 % - 0 баллов; Прирост ≥ 3 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 7 % - 1 балл; Значение показателя в текущем периоде выше среднего значения по Астраханской области <8> в текущем периоде (далее – выше среднего) - 0,5 балла; В текущем периоде достигнуто максимально возможное значение показателя (далее – максимально возможное значение) - 1 балл	1	$D_{prof} = \frac{P_{prof}}{(P_{vs} + O_z * k)} \times 100$ где: Dprof – доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому), выраженное в процентах; Pprof – число врачебных посещений с профилактической целью за период; Pvs – посещений за период (включая посещения на дому); Oz – общее число обращений за отчетный период; k – коэффициент перевода обращений в посещения.	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам за исключением посещений стоматологического профиля. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: -дата окончания лечения; -цель посещения.
2	Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 1 балл; Прирост ≥ 10 % - 2 балла; Выше среднего - 1 балл; Максимально возможное значение - 2 балла	2	$D_{бск} = \frac{BSK_{дисп}}{BSK_{вп}} \times 100,$ где: Dбск – доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период; BSKдисп – число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; BSKвп – общее число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период.	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: -дата окончания лечения; -диагноз основной; -впервые выявлено (основной); -характер заболевания -цель посещения; -дата рождения.

3	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1	$D_{\text{зно}} = \frac{ZNO_{\text{дисп}}}{ZNO_{\text{вп}}} \times 100,$ <p>где: Dзно – доля взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период; ZNOдисп – число взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; ZNOвп – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.</p>	Процент	Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра формата ДЗ «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации» предусматривает поле реестра «признак подозрения на злокачественное новообразование». Движение пациента отслеживается по формату реестра Д4 «Файл со сведениями при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования»: – диагноз основной, – характер основного заболевания.
4	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1	$D_{\text{хобл}} = \frac{H_{\text{дисп}}}{H_{\text{вп}}} \times 100,$ <p>где: Dхобл – доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период; Hдисп – число взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; Hвп – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: – дата окончания лечения; – диагноз основной; – впервые выявлено (основной); – характер заболевания; – цель посещения; – дата рождения.
5	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1	$D_{\text{сд}} = \frac{SD_{\text{дисп}}}{SD_{\text{вп}}} \times 100,$ <p>где: Dсд – доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период; SDдисп – число взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; SDвп – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: – дата окончания лечения; – диагноз основной; – впервые выявлено (основной); – характер заболевания; – цель посещения; – дата рождения.

6	Выполнение плана вакцинации взрослых граждан против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) по эпидемиологическим показателям за период).	Достижение планового показателя	100 % плана или более - 2 балла; Выше среднего - 1 балл	2	$V_{\text{взэпид}} = \frac{F_{\text{взэпид}}}{R_{\text{взэпид}}} \times 100,$ <p>где: $V_{\text{взэпид}}$ – процент выполнения плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показателям за период (коронавирусная инфекция COVID-19); $F_{\text{взэпид}}$ – фактическое число взрослых граждан, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19 в отчетном периоде; $R_{\text{взэпид}}$ – число граждан, подлежащих вакцинации по эпидемиологическим показателям за период (коронавирусная инфекция COVID-19)</p>	Процент	Источником информации являются сведения органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, соотносимые с данными федерального регистра вакцинированных.
Оценка эффективности диспансерного наблюдения							
7	Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения<4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения<4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 3 % - 0 баллов; Прирост \geq 3 % - 1 балл; Прирост \geq 7 % - 2 балла; Выше среднего - 1 балл; Максимально возможное значение - 2 балла	2	$DN_{\text{риск}} = \frac{R_{\text{дн}}}{R_{\text{вп}}} \times 100,$ <p>где: $DN_{\text{риск}}$ – доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения<4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения<4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период; $R_{\text{дн}}$ – число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения<4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением; $R_{\text{вп}}$ – общее число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения<4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, обратившихся за медицинской помощью за период.</p>	На 100 пациентов	Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра в формате Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО»: - дата окончания лечения; - результат обращения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующего заболевания; - диагноз осложнения заболевания; - диспансерное наблюдение.
8	Число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения<4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения<4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение \geq 5 % - 0,5 балла; Уменьшение \geq 10 % - 1 балл; Значение показателя в текущем периоде ниже среднего значения по Астраханской области <8> в текущем периоде (далее – ниже среднего) - 0,5 балла; В текущем периоде достигнуто минимально возможное значение показателя (далее – минимально возможное значение) - 1 балл	1	$S_{\text{риск}} = \frac{V_{\text{риск}}}{D_{\text{риск}}} \times 100,$ <p>где: $S_{\text{риск}}$ – число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения<4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения<4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период; $V_{\text{риск}}$ – число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения<4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь по поводу болезней системы кровообращения<4>, приводящих к высокому риску преждевременной смертности; $D_{\text{риск}}$ – общее число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения<4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, обратившихся за медицинской помощью за период.</p>	На 100 пациентов	Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра в формате Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО»: - дата окончания лечения; - результат обращения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующего заболевания; - диагноз осложнения заболевания; - диспансерное наблюдение; - условия оказания медицинской помощи; - форма оказания медицинской помощи.

9	Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.	Достижение планового показателя	100% плана или более - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла (целевой показатель 70% <6>)	1	$DN_{бск} = \frac{BSK_{дн}}{BSK_{вп}} \times 100,$ <p>где: DN_{бск} – доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период; BSK_{дн} – число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период; BSK_{вп} – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.</p>	Процент	<p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> -дата постановки на диспансерный учет; -диагноз основной; -возраст пациента; -характер заболевания; - впервые выявлено (основной); -дата рождения. <p>Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерном наблюдением (гл.15 Приказ 108н МЗ РФ)</p>
10	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.	Достижение планового показателя	100% плана или более - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла (целевой показатель 70% <6>)	1	$DN_{хобл} = \frac{H_{дн}}{H_{вп}} \times 100,$ <p>где: DN_{хобл} – доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период; H_{дн} – число взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период; H_{вп} – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.</p>	Процент	<p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> -дата постановки на диспансерный учет; -диагноз основной; -возраст пациента; -характер заболевания; - впервые выявлено (основной); -дата рождения. <p>Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерном наблюдением (гл.15 Приказ 108н МЗ РФ)</p>
11	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.	Достижение планового показателя	100% плана или более - 2 балла; Выше среднего - 1 балл (целевой показатель 70% <6>)	2	$DN_{сд} = \frac{SD_{дн}}{SD_{вп}} \times 100,$ <p>где: DN_{сд} – доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период; SD_{дн} – число взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период; SD_{вп} – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.</p>	Процент	<p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> -дата постановки на диспансерный учет; -диагноз основной; -возраст пациента; -характер заболевания; - впервые выявлено (основной); -дата рождения. <p>Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерном наблюдением (гл.15 Приказ 108н МЗ РФ)</p>

12	Доля взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 1 балл; Ниже среднего - 0,5 балла; Минимально возможное значение - 1 балл	1	$H_{\text{всего}} = \frac{O_{\text{всего}}}{D_{\text{всего}}} \times 100,$ <p>где: H_{всего} – доля взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период; O_{всего} – число взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением; D_{всего} – общее число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.</p>	Процент	Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (гл.15 Приказ 108н МЗ РФ) Источником информации являются реестры (стационар), оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата окончания лечения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующий; - диагноз осложнений; - характер заболевания; - форма оказания медицинской помощи.
13	Доля взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 3 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 3 % - 1 балл; Уменьшение ≥ 7 % - 2 балла; Ниже среднего - 1 балл; Минимально возможное значение - 2 балла	2	$P_{\text{бск}} = \frac{P_{\text{Нбск}}}{H_{\text{бск}}} \times 100,$ <p>где: P_{бск} – доля взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений; P_{Нбск} – число взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации; H_{бск} – общее число взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.</p>	Процент	Источником информации являются реестры (стационар), оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата начала лечения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующий; - диагноз осложнений; - характер заболевания; - форма оказания медицинской помощи
14	Доля взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 1 балл; Ниже среднего - 0,5 балла; Минимально возможное значение - 1 балл	1	$SD = \frac{O_{\text{сл}}}{SD} \times 100,$ <p>где: SD – доля взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период; O_{сл} – число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа); SD – общее число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.</p>	Процент	Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (гл.15 Приказ 108н МЗ РФ) Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата окончания лечения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующий - впервые выявлено (основной); - характер заболевания; - цель посещения.

Детское население (от 0 до 17 лет включительно)				7	Оценка эффективности профилактических мероприятий		
15	Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок.	Достижение планового показателя	100 % плана или более - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1	$V_{днац} = \frac{F_{днац}}{P_{днац}} \times 100,$ <p>где: $V_{днац}$ – процент охвата вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок в отчетном периоде; $F_{днац}$ – фактическое число вакцинированных детей в рамках Национального календаря прививок в отчетном периоде; $P_{днац}$ – число детей соответствующего возраста (согласно Национальному календарю прививок) на начало отчетного периода.</p>	Процент	Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях.
16	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.	Достижение планового показателя	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла (целевой показатель 70% <7>)	1	$D_{dkms} = \frac{C_{dkms}}{C_{pkms}} \times 100.$ <p>где: D_{dkms} - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период; C_{dkms} - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период; C_{pkms} - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: -дата рождения; -дата окончания лечения; -диагноз основной; -впервые выявлено (основной); -характер заболевания; -цель посещения.
17	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.	Достижение планового показателя	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла (целевой показатель 70% <7>)	1	$D_{dgl} = \frac{C_{dgl}}{C_{pgl}} \times 100,$ <p>где: D_{dgl} - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период; C_{dgl} - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период; C_{pgl} - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: -дата рождения; -дата окончания лечения; -диагноз основной; -впервые выявлено (основной); -характер заболевания; -цель посещения.
18	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.	Достижение планового показателя	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла (целевой показатель 70% <7>)	1	$D_{hop} = \frac{C_{dbop}}{C_{pbop}} \times 100,$ <p>где: D_{hop} - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период; C_{dbop} - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период; C_{pbop} - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: -дата рождения; -дата окончания лечения; -диагноз основной; -впервые выявлено (основной); -характер заболевания; -цель посещения.

19	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период.	Достижение планового показателя	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 2 балла; Выше среднего – 1 балл (целевой показатель 70% <7>)	2	$Ddbsk = \frac{Cdbsk}{Cpbsk} \times 100,$ где: Ddbsk - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период; Cdbsk - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период Cpbsk - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период.	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: -дата рождения; -дата окончания лечения; -диагноз основной; -впервые выявлено (основной); -характер заболевания; -цель посещения.
20	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.	Достижение планового показателя	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла (целевой показатель 70% <7>)	1	$Ddbes = \frac{Cdbes}{Cpbes} \times 100,$ где: Ddbes - доля детей в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период; Cdbes - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период; Cpbes - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: -дата рождения; -дата окончания лечения; -диагноз основной; -впервые выявлено (основной); -характер заболевания; -цель посещения.
Оказание акушерско-гинекологической помощи				6			
Оценка эффективности профилактических мероприятий							
21	Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1	$W = \frac{K_{отк}}{K} \times 100,$ где: W – доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период; Kотк – число женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности; K – общее число женщин, прошедших доабортное консультирование за период.	Процент	Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях.
22	Доля беременных женщин, вакцинированных против новой коронавирусной инфекции (COVID 19), за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода.	Достижение планового показателя	100% плана или более - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1	$Vbcovid = \frac{Fbcovid}{Pbcovid} \times 100,$ где: Vbcovid – доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода; Fbcovid – фактическое число беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период; Pbcovid – число женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода.	Процент	Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях (Pbcovid) и данные федерального регистра вакцинированных (Fbcovid).

23	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1	$Z_{\text{шм}} = \frac{A_{\text{шм}}}{V_{\text{шм}}} \times 100,$ <p>где: $Z_{\text{шм}}$ – доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период; $A_{\text{шм}}$ – число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации; $V_{\text{шм}}$ – общее число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период.</p>	Процент	<p>Расчет показателя производится путем отбора информации по полям реестра формата ДЗ «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации» предусматривает поле реестра:</p> <p>- признак подозрения на злокачественное новообразование.</p> <p>В дальнейшем движение пациента возможно отследить по формату Д4. Файл со сведениями при осуществлении персонализированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования</p> <p>- диагноз основной, - характер основного заболевания</p>
24	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1	$Z_{\text{мж}} = \frac{A_{\text{мж}}}{V_{\text{мж}}} \times 100,$ <p>где: $Z_{\text{мж}}$ – доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период; $A_{\text{мж}}$ – число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации; $V_{\text{мж}}$ – общее число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.</p>	Процент	<p>Расчет осуществляется путем отбора информации по полям реестра формата ДЗ «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации» предусматривает поле реестра:</p> <p>- признак подозрения на злокачественное новообразование.</p> <p>В дальнейшем движение пациента возможно отследить по формату Д4. Файл со сведениями при осуществлении персонализированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования</p> <p>- диагноз основной, - характер основного заболевания.</p>
25	Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период.	Достижение планового показателя	100 % плана или более - 2 балл; Выше среднего - 1 балла	2	$B = \frac{S}{U} \times 100,$ <p>где: B – доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период; S – число беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода при сроке беременности 11-14 недель (УЗИ и определение материнских сывороточных маркеров) и 19-21 неделя (УЗИ), с родоразрешением за период; U – общее число женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период, с родоразрешением за период.</p>	Процент	<p>Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях.</p>

<1> выполненным считается показатель со значением 0,5 и более баллов. В случае, если медицинская организация удовлетворяет нескольким критериям для начисления баллов – присваивается максимальный из возможных для начисления балл. В случае, если значение, указанное в знаменателе соответствующих формул, приведенных в столбце "Формула расчета", равняется нулю, баллы по показателю не начисляются, а указанный показатель исключается из числа применяемых показателей при расчете доли достигнутых показателей результативности для медицинской организации за период.

<2> по решению Комиссии рекомендуемые значения максимальных баллов и их количество могут быть пересмотрены для учреждений, которые оказывают помощь женщинам и детскому населению (отдельные юридические лица)

<3> в условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методика расчёта показателя может быть скорректирована на предмет исключения из расчёта периода, когда деятельность медицинской организации (в части соответствующего направления деятельности) была приостановлена приказом руководителя медицинской организации за отчётный и предыдущий год соответственно путём пересчёта к годовому значению

<4> по набору кодов Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10)

<6> Приказ Минздрава России от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»

<7> Постановление Правительства Астраханской области от 14.06.2019 № 191-П «О региональной программе "Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям (Астраханская область)»

<8> среднее значение по Астраханской области по показателям рекомендуется рассчитывать на основании сведений об оказании медицинской помощи медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, путем деления суммы значений, указанных в числителе соответствующих формул, приведенных в столбце "Формула расчета", на сумму значений, указанных в знаменателе соответствующих формул, приведенных в столбце "Формула расчета". Полученное значение умножается на 100 по аналогии с алгоритмом, описанным в столбце "Формула расчета".

Минимально возможным значением показателя является значение «0». Максимально возможным значением показателя «100 процентов».

К группам диагнозов, обуславливающих высокий риск смерти, целесообразно относить любое сочетание сопутствующих заболеваний и осложнений с основным диагнозом, указанных в таблице:

Основной диагноз	Сопутствующие заболевания	Осложнение заболевания
Ишемические болезни сердца I20 - I25 Гипертензивные болезни I10 - I11; I12 - I13 Цереброваскулярные болезни I60 - I69	Сахарный диабет E10 - E11 Хроническая обструктивная легочная болезнь J44.0 - J44.9 Хроническая болезнь почек, гипертензивная болезнь с поражением почек N18.1 - N18.9	Недостаточность сердечная I50.0 - I50.9 Нарушение ритма I48 - 49 проводимости I44 - I45 Сердце легочное хроническое I27.9 Гипостатическая пневмония J18.2 Недостаточность почечная N18.9 Уремия N19 Гангрена R02 Недостаточность легочная J98.4 Эмфизема J43.9

Нарушения

Приложение № 15
к Тарифному соглашению
от "31 " января 2023 г.

**Половозрастные коэффициенты дифференциации в разрезе
половозрастных групп (КДj)**

№	Возрастная группа	АПП	СМП	ВВиУ*
	1	2	3	4
1	М 0-1	2,8664	3,0289	1,5369
2	Ж 0-1	2,8526	2,7044	1,4502
3	М 1-4	2,5911	1,7821	0,9518
4	Ж 1-4	2,4513	1,5517	0,7887
5	М 5-17	1,5185	0,5548	0,3720
6	Ж 5-17	1,5014	0,5378	0,3770
7	М 18-64	0,4867	0,6515	0,6102
8	Ж 18-64	0,7521	0,8440	0,9889
9	М 65 и более	1,6000	1,8737	2,4652
10	Ж 65 и более	1,6000	2,3838	2,5289

*Все виды и условия (неотложная помощь, дневной стационар, круглосуточный стационар)

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях

№	Наименование	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для медицинских организаций за счет субвенций Территориальному фонду ОМС из бюджета Федерального фонда ОМС, в месяц ФДПн (в руб.)
	1	2
1	ГБУЗ АО "ГП № 1"	110,90
2	ГБУЗ АО "ГП № 2"	115,75
3	ГБУЗ АО "ГП № 3"	110,40
4	ГБУЗ АО "ГП № 5"	130,97
5	ГБУЗ АО "ГП № 8"	119,07
6	ГБУЗ АО "ГП № 10"	153,63
7	ГБУЗ АО "ДГП № 1"	254,26
8	ГБУЗ АО "ДГП № 3"	364,23
9	ГБУЗ АО "ДГП № 4"	362,69
10	ГБУЗ АО "ДГП № 5"	355,70
11	ГБУЗ АО "АХТУБИНСКАЯ РБ"	172,47
12	ГБУЗ АО "ВОЛОДАРСКАЯ РБ"	172,69
13	ГБУЗ АО "ЕНОТАЕВСКАЯ РБ"	200,12
14	ГБУЗ АО "ИКРЯНИНСКАЯ РБ"	158,54
15	ГБУЗ АО "КАМЫЗЯКСКАЯ РБ"	170,55
16	ГБУЗ АО "КРАСНОЯРСКАЯ РБ"	185,70
17	ГБУЗ АО "ЛИМАНСКАЯ РБ"	186,79
18	ГБУЗ АО "НАРИМАНОВСКАЯ РБ"	186,72
19	ГБУЗ АО "ПРИВОЛЖСКАЯ РБ"	160,71
20	ГБУЗ АО "ХАРАБАЛИНСКАЯ РБ ИМ. Г.В. ХРАПОВОЙ"	186,88
21	ГБУЗ АО "ЧЕРНОЯРСКАЯ РБ"	210,12
22	ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО ЗНАМЕНСК"	165,76
23	АКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА РОССИИ	151,02
24	ЧУЗ "МСЧ"	100,85
25	ЧУЗ "КБ "РЖД-МЕДИЦИНА" Г. АСТРАХАНЬ"	137,49
26	ФКУЗ "МСЧ МВД РОССИИ ПО АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ"	125,35
27	ПОЛИКЛИНИКА (АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ., Г. ЗНАМЕНСК) ФГБУ "413 ВГ" МИНОБОРОНЫ РОССИИ	112,28

Коэффициенты при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях (за исключением тарифов на оплату комплексного обследования в центрах здоровья)

Специальности (профили)	Относительные коэффициенты стоимости посещения (Кз)	Поправочный коэффициент стоимости обращения (Кз)	Поправочный коэффициент (Кп) для приема: - с применением мобильных медицинских комплексов; - по профилю «стоматология» для МО 1 группы	Поправочный коэффициент для консультативно-диагностических посещений (Кпд)	Поправочный коэффициент для консультативно-диагностических обращений (Кпд)
Акушерство и гинекология	1,1941	1,55	1,20	-	-
Аллергология-иммунология	1,6206	1,45	1,20	-	-
Врач общей практики	0,9544	0,91	1,20	-	-
Гастроэнтерология	0,9544	0,91	1,20	-	-
Гематология	0,9544	0,91	1,20	-	-
Генетик	1,2900	1,25	1,20	-	-
Гериатрия	0,8554	0,81	1,20	-	-
Дерматология	0,7348	1,06	1,20	-	-
Диабетология	1,7598	1,52	1,20	-	-
Инфекционные болезни	1,2842	1,05	1,20	0	2,5120
Кардиология (Кабинет хронической сердечной недостаточности (ХСН))	0,9740	1,04	1,20	7,0388	3,7551
Кардиология (Кабинет резистентной артериальной гипертензии (РАГ) с подозрением	0,9740	1,04	1,20	-	8,2831
Кардиология (Кабинет резистентной артериальной гипертензии (РАГ))	0,9740	1,04	1,20	-	9,5134
Кардиология	0,9740	1,04	1,20	-	-
Детская кардиология	0,9740	1,04	1,20	-	-
Колопроктология	0,9113	0,94	1,20	-	-
Неврология	1,0148	1,02	1,20	-	-
Нейрохирургия	0,9113	0,94	1,20	-	-
Нефрология	0,9544	0,91	1,20	-	-
Онкология	0,9113	0,94	1,20	-	-
Детская онкология	0,9113	0,94	1,20	-	-
Оториноларингология	0,7102	1,00	1,20	-	-
Сурдология-оториноларингология	0,7102	1,00	1,20	-	-
Офтальмология	0,6088	0,79	1,20	-	-
Педиатрия (общая), в т.ч.:					

<i>педиатры</i>	1,2900	1,25	1,20	-	-
<i>участковые педиатры</i>	1,2900	1,25	1,20	-	-
Пульмонология	0,9544	0,91	1,20	-	-
Ревматология	0,9740	1,04	1,20	-	-
Сердечно-сосудистая хирургия	0,9113	0,94	1,20	-	-
Терапия, в т.ч.:					
<i>терапевты</i>	0,8554	0,81	1,20	-	-
<i>участковые терапевты</i>	0,8554	0,81	1,20	-	-
Торакальная хирургия	0,9113	0,94	1,20	-	-
Травматология-ортопедия	0,9113	0,94	1,20	-	-
Урология	0,7374	0,66	1,20	-	-
Детская урология	0,7374	0,66	1,20	-	-
Хирургия	0,9113	0,94	1,20	-	-
Детская хирургия	0,9113	0,94	1,20	-	-
Челюстно-лицевая хирургия	0,9113	0,94	1,20	-	-
Эндокринология	1,7598	1,52	1,20	-	-
Детская эндокринология	1,7598	1,52	1,20	-	-
Врачи терапевты и врачи специалисты Центров для оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению с симптомами острых респираторных вирусных инфекций, пациентам с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19, а также пациентам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией COVID-19	3,3442* 2,7196	2,63* 2,13	- -	- -	- -
Средний медперсонал, ведущий самостоятельный прием, в т.ч.	0,9544	0,91	1,20	-	-
Акушерское дело	0,9544	0,91	1,20	-	-
Фельдшерское дело	0,9544	0,91	1,20	-	-
Стоматология (1 УЕТ)	-	-	1,20; 1,36	-	-
Детская стоматология (1 УЕТ)	-	-	1,20; 1,36	-	-
Врачи специалисты, оказывающие медицинскую помощь в неотложной форме	1,00	-	-	-	-
Реабилитация для больных с заболеваниями центральной нервной системы и органов чувств	-	-	-	-	-

Для взрослого населения	-	-	-	-	-
ШРМ 1	-	1,08	-	-	-
ШРМ 2	-	1,20	-	-	-
ШРМ 3	-	1,26	-	-	-
Для детского населения	-	-	-	-	-
ШРМ 1	-	0,78	-	-	-
ШРМ 2	-	0,86	-	-	-
Медицинская кардиореабилитация	-	-	-	-	-
Для взрослого населения	-	-	-	-	-
ШРМ 1	-	0,97	-	-	-
ШРМ 2	-	1,06	-	-	-
ШРМ 3	-	1,15	-	-	-
Для детского населения	-	-	-	-	-
ШРМ 1	-	0,83	-	-	-
ШРМ 2	-	0,92	-	-	-
Реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19	-	-	-	-	-
Для взрослого населения	-	-	-	-	-
ШРМ 1	-	1,07	-	-	-
ШРМ 2	-	1,18	-	-	-
ШРМ 3	-	1,30	-	-	-
Для детского населения	-	-	-	-	-
ШРМ 1	-	0,79	-	-	-
ШРМ 2	-	0,84	-	-	-
Реабилитация пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата	-	-	-	-	-
Для взрослого населения	-	-	-	-	-
ШРМ 2	-	0,86	-	-	-
ШРМ 3	-	0,99	-	-	-
Медицинский персонал, проводящий комплексное посещение по диспансерному наблюдению	-	1,00	-	-	-

*Для оказания медицинской помощи в круглосуточном режиме

Приложение № 18
к Тарифному соглашению
от «31 » января 2023 г.

**Тарифы и коэффициенты на оплату посещения центров здоровья с целью
проведения комплексного обследования**

детское население

Группа	Возраст (лет)	Стоимость 1 случая, руб.	Относительный коэффициент стоимости (Кз)
1	от 2-х до 3-х лет	967,71	3,4100
2	от 3-х до 6-ти лет без биоимпедансметрии	1 110,09	3,9118
3	от 3-х до 6-ти лет с биоимпедансметрией	1 187,22	4,1836
4	от 6-ти до 12-ти лет	1 375,17	4,8459
5	от 12-ти до 18-ти лет	1 706,30	6,0127
6	от 12-ти до 18-ти лет из группы риска по употреблению психоактивных и наркотических средств	2 032,23	7,1613

взрослое население

Группа	Возраст (лет)	Стоимость 1 случая, руб.	Относительный коэффициент стоимости (Кз)
1	с 18 до 90 лет и старше	1 516,31	5,3432

Приложение № 18.1
к Тарифному соглашению
от « 31 » января 2023 г.

Тарифы на оплату посещений школы сахарного диабета

Тип сахарного диабета	Стоимость комплексного посещения (5 занятий) на 1 пациента, руб.
Взрослые с сахарным диабетом 1 типа	1 357,96
Взрослые с сахарным диабетом 2 типа	1 124,11
Дети и подростки с сахарным диабетом	1 780,52

Приложение №19
к Тарифному соглашению
от "31" января 2023 г.

**КОЭФФИЦИЕНТЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ЗАТРАТОЕМКОСТИ К БАЗОВЫМ ТАРИФАМ
ДЛЯ ОПЛАТЫ ДИАЛИЗА**

№	Код услуги	Наименование услуги	Условия оказания	Единица оплаты	Коэффициент относительной затратоемкости
Услуги гемодиализа					
1	A18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	1,05
2	A18.05.011	Гемодиафильтрация	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	1,08
3	A18.05.003.002	Гемофильтрация крови продолжительная	стационарно	сутки	5,48
4	A18.05.001.004	Плазмофильтрация каскадная	стационарно	услуга	12,50
5	A18.05.001.003	Плазмодиафильтрация	стационарно	услуга	7,63
6	A18.05.011.001	Гемодиафильтрация продленная	стационарно	услуга	3,01
7	A18.05.011.002	Гемодиафильтрация продолжительная	стационарно	сутки	5,73
8	A18.05.002.005	Гемодиализ продолжительный	стационарно	сутки	5,23

		Услуги перитонеального диализа			
9	A18.30.001	Перитонеальный диализ	стационарно, амбулаторно	день обмена	1,00
10	A18.30.001.002	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	стационарно, амбулаторно	день обмена	1,24

Тарифы и коэффициенты на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения

(I ЭТАП)

Возраст	Стоимость законченного случая, руб. *	Относительные коэффициенты стоимости (Кз)	Возраст	Стоимость законченного случая, руб. *	Относительные коэффициенты стоимости (Кз)
МУЖЧИНЫ			ЖЕНЩИНЫ		
18,24,30	1 533,7	0,6117	18, 24,30	2 152,5	0,8585
21,27,33	1 125,5	0,4489	21,27,33	1 744,3	0,6957
36	2 131,4	0,8501	36	2 750,2	1,0969
39	1 723,2	0,6873	39	2 342,0	0,9341
40,44,46,52,56,58,62	2 085,1	0,8316	40,44,46,50,52,56,58,62,64	2 718,5	1,0843
41,43,47,49,53,59,61	1 560,8	0,6225	41,43,47,49,53,55,59,61	1 991,6	0,7944
42,48,54	2 378,9	0,9488	42,48,54,60	3 200,3	1,2764
45	2 825,1	1,1268	45	3 363,9	1,3417
50,64	2 165,1	0,8636	51,57,63	2 473,4	0,9865
51,57,63	1 854,6	0,7397	65,71	2 264,4	0,9032
55	1 640,8	0,6544	66,70,72	2 581,4	1,0296
60	2 458,9	0,9807	67,69,73,75	1 970,6	0,7860
65,71	1 833,6	0,7313	68,74	2 875,2	1,1468
66,70,72	1 948,0	0,7770	76,78,82,84,88,90,94,96	2 262,7	0,9025
67,69,73,75	1 539,8	0,6142	77,83,89,95	2 148,3	0,8569
68,74	2 241,8	0,8941	79,81,85,87,91,93,97,99	1 854,5	0,7397
76,78,82,84,88,90,94,96	1 831,9	0,7307	80,86,92,98	2 556,5	1,0197
77,83,89,95	1 717,5	0,6850			
79,81,85,87,91,93,97,99	1 423,7	0,5678			
80,86,92,98	2 125,7	0,8478			

* Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие проводится в соответствующие возрастные периоды согласно приложению № 1 к приказу МЗ РФ от 27.04.2021 г. № 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"

Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения

(I ЭТАП)

Осмотр, исследование, мероприятие	Тариф на осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие, руб.*
Анкетирование	90,50
Измерение артериального давления на периферических артериях	104,60
Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации	64,20
Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела	84,00
Исследование уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода)	181,50
Определение уровня глюкозы в крови натощак (допускается использование экспресс-метода)	169,80
Определение относительного сердечно-сосудистого риска	137,10
Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска	137,10
Флюорографию легких (или рентгенография легких)	408,20
Измерение внутриглазного давления	85,20
Электрокардиографию в покое	597,70
Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин	430,80
Взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки	188,00
Проведение краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) врачом-терапевтом	293,80
Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ)	46,20
Маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм	202,60
Определение простат-специфического антигена в крови	80,00
Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом	116,10
Эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара)	890,54

* Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие проводится в соответствующие возрастные периоды согласно приложению № 1 к приказу МЗ РФ от 27.04.2021 г. № 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"

**Тарифы медицинских услуг на оплату проведения профилактических медицинских осмотров определенных групп
взрослого населения**

Осмотр, исследование, мероприятие	Тариф на осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие, руб.*
Прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья	293,80
Анкетирование	90,50
Измерение артериального давления на периферических артериях	104,60
Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин	430,80
Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела	84,00
Исследование уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода)	181,50
Определение уровня глюкозы в крови натощак (допускается использование экспресс-метода)	169,80
Определение относительного сердечно-сосудистого риска	137,10
Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска	137,10
Флюорографию легких (или рентгенография легких)	408,20
Измерение внутриглазного давления	85,20
Электрокардиографию в покое	597,70

* Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие проводится в соответствующие возрастные периоды согласно приложению № 1 к приказу МЗ РФ от 27.04.2021 г. № 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"

**Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации
определенных групп взрослого населения
(II этап)**

Осмотр, исследование, мероприятие	Тариф на осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие, руб.*
Дуплексное сканирование брахицефальных артерий	287,20
Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-урологом	209,30
Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии	897,25
Колоноскопия	1 580,63
Осмотр (консультация) врачом-акушером-гинекологом	543,20
Осмотр (консультация) врачом-офтальмологом	172,80
Проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования	115,48
Спирометрия	242,70
Прием (осмотр) врачом-терапевтом	
Осмотр (консультация) врачом-неврологом	288,00
Осмотр (консультация) врачом-оториноларингологом	201,50
Эзофагогастродуоденоскопия	890,54
Рентгенография легких (компьютерная томография легких)	408,20
Осмотр (консультацию) врачом-дерматовенерологом, включая проведение дерматоскопии	300,10
Проведение исследования уровня гликированного гемоглобина в крови	199,60

* Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие проводится в соответствующие возрастные периоды согласно приложению № 1 к приказу МЗ РФ от 27.04.2021 г. № 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"

Приложение № 24
к Тарифному соглашению
от "31" января 2023 г.

Тарифы и коэффициенты на оплату проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения

МУЖЧИНЫ			ЖЕНЩИНЫ		
Возраст	Стоимость законченного случая, руб.*	Относительные коэффициенты стоимости (Кз)	Возраст	Стоимость законченного случая, руб.*	Относительные коэффициенты стоимости (Кз)
18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34	1 469,5	0,7163	18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34	1 900,3	0,9263
19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33	1 061,3	0,5173	19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33	1 492,1	0,7273
35, 37, 39	1 659,0	0,8087	35, 37, 39	2 089,8	1,0187
36, 38	2 067,2	1,0077	36, 38	2 498,0	1,2176
40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64	2 152,4	1,0492	40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64	2 152,4	1,0492
41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63	1 744,2	0,8502	41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63	1 744,2	0,8502
65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99 и старше	1 607,1	0,7834	65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99 и старше	1 607,1	0,7834
66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98 и старше	2 015,3	0,9824	66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98 и старше	2 015,3	0,9824

* Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие проводится в соответствующие возрастные периоды согласно приложению № 1 к приказу МЗ РФ от 27.04.2021 г. № 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"

Тарифы медицинских услуг на оплату проведения углубленной диспансеризации

№№ п/п	Код номенклатуры простых услуг	Способ оплаты	Осмотр, исследование, мероприятие	Тариф на осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие, руб.*
I этап углубленной диспансеризации				
		комплексное посещение	Итого,	644,01
			в том числе:	
1	A12.09.005		Измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое	9,10
2	A12.09.001		Проведение спирометрии или спирографии	62,60
3	B03.016.003		Общий клинический анализ крови развернутый	98,31
4	B03.016.004		Биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови)	474,00
5	A23.30.023	за единицу объема медицинской помощи	Проведение теста с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода в крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность)	49,40
6	A09.05.051.001	за единицу объема медицинской помощи	Определение концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	801,10
II этап углубленной диспансеризации				
			Осмотр, исследование, мероприятие	Тариф на осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие, руб.*
1	A04.10.002	за единицу объема медицинской помощи	Проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой)	539,20
2	A06.09.005	за единицу объема медицинской помощи	Проведение компьютерной томографии легких (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой)	1 920,54
3	A04.12.006.002	за единицу объема медицинской помощи	Проведение дуплексного сканирования вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови)	539,20

* Приказ МЗ РФ от 01 июля 2021 г. № 698н "Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке"

Тарифы и коэффициенты на оплату проведения 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

(1 этап)

девочки

Группа	Возраст (лет)	Стоимость 1 случая, руб.					
		в полном объеме	относительные коэффициенты стоимости (Кз)	при отсутствии проведения нейросонографии	относительные коэффициенты стоимости (Кз)	при отсутствии проведения УЗИ тазобедренных суставов	относительные коэффициенты стоимости (Кз)
1	0-1	7 043,50	2,8093	6 504,30	2,5942	6 330,20	2,5248
2	1-3	5 791,00	2,3097	-	-	-	-
3	3-5	6 182,70	2,4660	-	-	-	-
4	5-7	6 554,80	2,6144	-	-	-	-
5	7-15	6 710,80	2,6766	-	-	-	-
6	свыше 15 лет	6 800,10	2,7122	-	-	-	-

мальчики

Группа	Возраст (лет)	Стоимость 1 случая, руб.					
		в полном объеме	относительные коэффициенты стоимости (Кз)	при отсутствии проведения нейросонографии	относительные коэффициенты стоимости (Кз)	при отсутствии проведения УЗИ тазобедренных суставов	относительные коэффициенты стоимости (Кз)
1	0-1	7 004,40	2,7937	6 465,20	2,5787	6 291,10	2,5092
2	1-3	5 751,90	2,2942	-	-	-	-
3	3-5	6 143,60	2,4504	-	-	-	-
4	5-7	6 515,70	2,5988	-	-	-	-
5	7-15	6 859,80	2,7360	-	-	-	-
6	свыше 15 лет	6 949,10	2,7717	-	-	-	-

**Тарифы и коэффициенты на оплату проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних
(I этап)***

женский пол

Группа	Возраст (лет)	Стоимость одного случая, руб.	Относительные коэффициенты стоимости (Кз)
1	новорожденный	1 989,8	0,9699
2	1 месяц	7 782,9	3,7938
3	2 месяца	867,7	0,4230
4	3 месяца	2 283,6	1,1131
5	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 месяц, 1 год 3 месяца, 1 год 6 месяцев	293,8	0,1432
6	12 месяцев	3 169,2	1,5448
7	2 года, 4 года, 5, 8, 9, 11, 12 лет	685,5	0,3341
8	3 года	3 100,2	1,5112
9	6 лет	7 416,0	3,6149
10	7 лет	2 277,7	1,1103
11	10 лет	2 630,3	1,2821
12	13 лет	959,7	0,4678
13	14 лет	1 116,3	0,5441
14	15 лет	6 876,8	3,3521
15	16 лет	3 766,1	1,8358
16	17 лет	4 363,8	2,1271

мужской пол

Группа	Возраст (лет)	Стоимость одного случая, руб.	Относительные коэффициенты стоимости (Кз)
1	новорожденный	1 989,8	0,9699
2	1 месяц	7 782,9	3,7938
3	2 месяца	867,7	0,4230
4	3 месяца	2 283,6	1,1131
5	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 месяц, 1 год 3 месяца, 1 год 6 месяцев	293,8	0,1432
6	12 месяцев	3 169,2	1,5448
7	2 года, 4 года, 5, 8, 9, 11, 12 лет	685,5	0,3341
8	3 года	3 061,1	1,4921
9	6 лет	7 376,9	3,5959
10	7 лет	2 277,7	1,1103
11	10 лет	2 630,3	1,2821
12	13 лет	959,7	0,4678
13	14 лет	1 077,2	0,5251
14	15 лет	6 837,7	3,3330
15	16 лет	3 727,0	1,8167
16	17 лет	4 324,7	2,1081

* В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках профилактического осмотра, стоимость случая формируется в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований.

Стоимость осмотра врача-специалиста и исследований предоставляется медицинским организациям в электронном виде на информационном портале ТФОМС АО

Тарифы
на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований
Компьютерная томография

Таблица 1.

№№ п/п	Код номенклатуры простых услуг	Наименование услуги	Тариф	Относительные коэффициенты стоимости
1.1. Компьютерная томография				
1	A06.01.001	Компьютерная томография мягких тканей	1 920,54	0,7134
2	A06.03.002	Компьютерная томография лицевого отдела черепа	1 920,54	0,7134
3	A06.03.021.001	Компьютерная томография верхней конечности	1 920,54	0,7134
4	A06.03.036.001	Компьютерная томография нижней конечности	1 920,54	0,7134
5	A06.03.058	Компьютерная томография позвоночника (один отдел)	1 920,54	0,7134
6	A06.03.058.001	Компьютерная томография позвоночника с мультипланарной и трехмерной	1 920,54	0,7134
7	A06.03.062	Компьютерная томография кости	1 920,54	0,7134
8	A06.03.067	Компьютерная томография грудины с мультипланарной и трехмерной	1 920,54	0,7134
9	A06.03.068	Компьютерная томография ребер с мультипланарной и трехмерной	1 920,54	0,7134
10	A06.03.069	Компьютерная томография костей таза	1 920,54	0,7134
11	A06.04.017	Компьютерная томография сустава	1 920,54	0,7134
12	A06.04.020	Компьютерная томография височно-нижнечелюстных суставов	1 920,54	0,7134
13	A06.07.013	Компьютерная томография челюстно-лицевой области	1 920,54	0,7134
14	A06.08.007	Компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани	1 920,54	0,7134
15	A06.08.007.001	Спиральная компьютерная томография гортани	1 920,54	0,7134
16	A06.08.007.003	Спиральная компьютерная томография придаточных пазух носа	1 920,54	0,7134
17	A06.08.009	Компьютерная томография верхних дыхательных путей и шеи	1 920,54	0,7134
18	A06.08.009.001	Спиральная компьютерная томография шеи	1 920,54	0,7134
19	A06.09.005	Компьютерная томография органов грудной полости	1 920,54	0,7134
20	A06.09.008.001	Спиральная компьютерная томография легких	1 920,54	0,7134
21	A06.09.011	Компьютерная томография бронхов	1 920,54	0,7134
22	A06.10.006.001	Компьютерно-томографическая коронарография	5 823,55	2,1632
23	A06.11.004	Компьютерная томография средостения	1 920,54	0,7134
24	A06.12.001.001	Компьютерно-томографическая ангиография грудной аорты	5 823,55	2,1632
25	A06.12.001.002	Компьютерно-томографическая ангиография брюшной аорты	5 823,55	2,1632
26	A06.12.050	Компьютерно-томографическая ангиография одной анатомической области	5 823,55	2,1632
27	A06.12.052	Компьютерно-томографическая ангиография аорты	5 823,55	2,1632
28	A06.12.052.001	Компьютерно-томографическая ангиография брюшной аорты и подвздошных	5 823,55	2,1632
29	A06.12.053	Компьютерно-томографическая ангиография сосудов нижних конечностей	5 823,55	2,1632
30	A06.12.054	Компьютерно-томографическая ангиография сосудов верхних конечностей	5 823,55	2,1632
31	A06.12.056	Компьютерно-томографическая ангиография сосудов головного мозга	5 823,55	2,1632
32	A06.12.057	Компьютерно-томографическая ангиография легочных сосудов	5 823,55	2,1632
33	A06.12.058	Компьютерно-томографическая ангиография брахиоцефальных артерий	5 823,55	2,1632
34	A06.12.058.001	Компьютерно-томографическая ангиография внутричерепного сегмента	5 823,55	2,1632
35	A06.18.004	Компьютерно-томографическая колоноскопия	1 920,54	0,7134
36	A06.20.002	Компьютерная томография органов малого таза у женщин	1 920,54	0,7134
37	A06.20.002.001	Спиральная компьютерная томография органов малого таза у женщин	1 920,54	0,7134
38	A06.21.003	Компьютерная томография органов таза у мужчин	1 920,54	0,7134
39	A06.21.003.001	Спиральная компьютерная томография органов таза у мужчин	1 920,54	0,7134
40	A06.22.002	Компьютерная томография надпочечников	1 920,54	0,7134
41	A06.23.004	Компьютерная томография головного мозга	1 920,54	0,7134
42	A06.25.003	Компьютерная томография височной кости	1 920,54	0,7134
43	A06.26.006	Компьютерная томография глазницы	1 920,54	0,7134
44	A06.28.009	Компьютерная томография почек и надпочечников	1 920,54	0,7134
45	A06.28.009.002	Спиральная компьютерная томография почек и надпочечников	1 920,54	0,7134
46	A06.30.005	Компьютерная томография органов брюшной полости	1 920,54	0,7134
47	A06.30.005.001	Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного	1 920,54	0,7134
48	A06.30.007	Компьютерная томография забрюшинного пространства	1 920,54	0,7134
49	A06.30.008.001	Компьютерно-томографическая фистулография	5 823,55	2,1632
50	A06.30.013	Компьютерно-томографическая перфузия органов грудной полости	1 920,54	0,7134
Средний коэффициент и тариф по Компьютерной томографии без контрастирования			2 216,14	0,8232

Тарифы
на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований
Компьютерная томография

Таблица 1.

№ п/п	Код номенклатуры простых услуг	Наименование услуги	Тариф	Относительные коэффициенты стоимости
1.2. Компьютерная томография с контрастированием				
1	A06.01.001.001	Компьютерная томография мягких тканей с контрастированием	5 823,55	2,1632
2	A06.03.002.006	Компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией	5 823,55	2,1632
3	A06.03.021.003	Компьютерная томография верхней конечности с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией	5 823,55	2,1632
4	A06.03.036.002	Компьютерная томография нижней конечности с внутривенным болюсным контрастированием	5 823,55	2,1632
5	A06.03.036.003	Компьютерная томография нижней конечности с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией	5 823,55	2,1632
6	A06.03.058.003	Компьютерная томография позвоночника с внутривенным контрастированием (один отдел)	5 823,55	2,1632
7	A06.08.007.002	Компьютерная томография гортани с внутривенным болюсным контрастированием	5 823,55	2,1632
8	A06.08.007.004	Компьютерная томография придаточных пазух носа с внутривенным болюсным контрастированием	5 823,55	2,1632
9	A06.08.009.002	Компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием	5 823,55	2,1632
10	A06.08.009.003	Компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией	5 823,55	2,1632
11	A06.09.005.002	Компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием	5 823,55	2,1632
12	A06.09.005.003	Компьютерная томография грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией	5 823,55	2,1632
13	A06.10.009.001	Компьютерная томография сердца с контрастированием	5 823,55	2,1632
14	A06.10.009.002	Компьютерная томография левого предсердия и легочных вен	1 920,54	0,7134
15	A06.11.004.001	Компьютерная томография средостения с внутривенным болюсным контрастированием	5 823,55	2,1632
16	A06.16.002	Компьютерная томография пищевода с пероральным контрастированием	5 823,55	2,1632
17	A06.17.007	Компьютерная томография тонкой кишки с контрастированием	5 823,55	2,1632
18	A06.18.004.001	Компьютерно-томографическая колоноскопия с внутривенным болюсным контрастированием	5 823,55	2,1632
19	A06.18.004.002	Компьютерная томография толстой кишки с ретроградным контрастированием	1 920,54	0,7134
20	A06.20.002.002	Спиральная компьютерная томография органов малого таза у женщин с внутривенным болюсным контрастированием	5 823,55	2,1632
21	A06.20.002.003	Компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием	5 823,55	2,1632
22	A06.20.002.004	Компьютерная томография органов малого таза у женщин с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией	5 823,55	2,1632
23	A06.21.003.002	Спиральная компьютерная томография органов таза у мужчин с внутривенным болюсным контрастированием	5 823,55	2,1632
24	A06.21.003.003	Компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием	5 823,55	2,1632
25	A06.22.002.001	Компьютерная томография надпочечников с внутривенным болюсным контрастированием	5 823,55	2,1632
26	A06.23.004.001	Компьютерно-томографическая перфузия головного мозга	1 920,54	0,7134
27	A06.23.004.006	Компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием	5 823,55	2,1632
28	A06.23.004.007	Компьютерная томография сосудов головного мозга с внутривенным болюсным контрастированием	5 823,55	2,1632
29	A06.26.006.001	Компьютерная томография глазницы с внутривенным болюсным контрастированием	5 823,55	2,1632
30	A06.28.009.001	Компьютерная томография почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием	5 823,55	2,1632
31	A06.30.005.002	Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием	5 823,55	2,1632
32	A06.30.005.002/	Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием без использования ангиоинъектора	5 823,55	2,1632
33	A06.30.005.003	Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием	5 823,55	2,1632
34	A06.30.005.004	Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией	5 823,55	2,1632
34	A06.30.007.002	Компьютерная томография забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием	5 823,55	2,1632
36	A06.30.007.002/	Компьютерная томография забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием без использования ангиоинъектора	3 894,66	1,4467
Средний коэффициент и тариф по Компьютерной томографии с контрастированием			5 755,14	2,1378
Средний коэффициент и тариф по Компьютерной томографии			2 692,10	1,0000

Тарифы
на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований
Магнитно-резонансная томография

Таблица 2.

№ п/п	Код номенклатуры простых услуг	Наименование услуги	Тариф	Относительные коэффициенты стоимости
1.1. Магнитно-резонансная томография				
1	A05.01.002	Магнитно-резонансная томография мягких тканей	1810,38	0,4925
2	A05.02.002	Магнитно-резонансная томография мышечной системы	1810,38	0,4925
3	A05.03.001	Магнитно-резонансная томография костной ткани (одна область)	1810,38	0,4925
4	A05.03.002	Магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел)	1810,38	0,4925
5	A05.03.003	Магнитно-резонансная томография основания черепа	1810,38	0,4925
6	A05.03.004	Магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа	1810,38	0,4925
7	A05.04.001	Магнитно-резонансная томография суставов (один сустав)	1810,38	0,4925
8	A05.08.001	Магнитно-резонансная томография околоносовых пазух	1810,38	0,4925
9	A05.08.002	Магнитно-резонансная томография гортаноглотки	1810,38	0,4925
10	A05.08.003	Магнитно-резонансная томография преддверно-улиткового органа	1810,38	0,4925
11	A05.08.004	Магнитно-резонансная томография носоглотки	1810,38	0,4925
12	A05.09.001	Магнитно-резонансная томография легких	1810,38	0,4925
13	A05.10.009	Магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов	1810,38	0,4925
14	A05.11.001	Магнитно-резонансная томография средостения	1810,38	0,4925
15	A05.12.004	Магнитно-резонансная ангиография (одна область)	1810,38	0,4925
16	A05.12.005	Магнитно-резонансная венография (одна область)	1810,38	0,4925
17	A05.12.007	Магнитно-резонансная ангиография (одна область)	1810,38	0,4925
18	A05.14.002	Магнитно-резонансная холангиография	1810,38	0,4925
19	A05.22.001	Магнитно-резонансная томография надпочечников	1810,38	0,4925
20	A05.22.002	Магнитно-резонансная томография гипофиза	1810,38	0,4925
21	A05.23.009	Магнитно-резонансная томография головного мозга	1810,38	0,4925
22	A05.23.009.004	Магнитно-резонансная диффузия головного мозга	1810,38	0,4925
23	A05.23.009.010	Магнитно-резонансная томография спинного мозга (один отдел)	1810,38	0,4925
24	A05.26.008	Магнитно-резонансная томография глазницы	1810,38	0,4925
25	A05.28.002	Магнитно-резонансная томография почек	1810,38	0,4925
26	A05.30.004	Магнитно-резонансная томография органов малого таза	1810,38	0,4925
27	A05.30.005	Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости	1810,38	0,4925
28	A05.30.006	Магнитно-резонансная томография органов грудной клетки	1810,38	0,4925
29	A05.30.007	Магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства	1810,38	0,4925
30	A05.30.008	Магнитно-резонансная томография шеи	1810,38	0,4925
31	A05.30.010	Магнитно-резонансная томография мягких тканей головы	1810,38	0,4925
32	A05.30.011	Магнитно-резонансная томография верхней конечности	1810,38	0,4925
33	A05.30.011.002	Магнитно-резонансная томография кисти	1810,38	0,4925
34	A05.30.012	Магнитно-резонансная томография нижней конечности	1810,38	0,4925
35	A05.30.012.002	Магнитно-резонансная томография стопы	1810,38	0,4925
Средний коэффициент и тариф по Магнитно-резонансной томографии без контрастирования			1810,38	0,4925
1.2. Магнитно-резонансная томография с контрастированием				
1	A05.01.002.001	Магнитно-резонансная томография мягких тканей с контрастированием	6753,00	1,8371
2	A05.03.002.001	Магнитно-резонансная томография позвоночника с контрастированием (один отдел)	6753,00	1,8371
3	A05.04.001.001	Магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) с контрастированием	6753,00	1,8371
4	A05.10.009.001	Магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием	6753,00	1,8371
5	A05.22.001.001	Магнитно-резонансная томография надпочечников с контрастированием	6753,00	1,8371
6	A05.22.002.001	Магнитно-резонансная томография гипофиза с контрастированием	6753,00	1,8371
7	A05.23.009.001	Магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием	6753,00	1,8371
8	A05.23.009.011	Магнитно-резонансная томография спинного мозга с контрастированием (один отдел)	6753,00	1,8371
9	A05.26.008.001	Магнитно-резонансная томография глазниц с контрастированием	6753,00	1,8371
10	A05.28.002.001	Магнитно-резонансная томография почек с контрастированием	6753,00	1,8371
11	A05.30.004.001	Магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием	6753,00	1,8371
12	A05.30.005.001	Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием	6753,00	1,8371
13	A05.30.007.001	Магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием	6753,00	1,8371
14	A05.30.008.001	Магнитно-резонансная томография шеи с внутривенным контрастированием	6753,00	1,8371
Средний коэффициент и тариф по Магнитно-резонансной томографии с контрастированием			6753,0	1,8371
Средний коэффициент и тариф по Магнитно-резонансной томографии			3675,90	1,0000

Тарифы
на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований
Ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы

Таблица 3.

№№ п/п	Код номенклатуры престых услуг	Наименование услуги	Тариф	Относительные коэффициенты стоимости
1.1. Эхокардиография				
1	A04.10.002	Эхокардиография	539,20	0,9919
Средний коэффициент и тариф по Эхокардиографии			539,20	0,9919
1.2. Допплерография сосудов				
1	A04.12.001	Ультразвуковая доплерография артерий верхних конечностей	539,20	0,9919
2	A04.12.001.001	Ультразвуковая доплерография артерий нижних конечностей	539,20	0,9919
3	A04.12.001.003	Ультразвуковая доплерография с медикаментозной пробой	539,20	0,9919
4	A04.12.001.004	Ультразвуковая доплерография артерий методом мониторингирования	539,20	0,9919
5	A04.12.001.006	Ультразвуковая доплерография транскраниальная артерий методом	539,20	0,9919
6	A04.12.001.007	Ультразвуковая доплерография транскраниальная артерий методом	539,20	0,9919
7	A04.12.002	Ультразвуковая доплерография сосудов (артерий и вен) верхних конечностей	539,20	0,9919
8	A04.12.002.001	Ультразвуковая доплерография сосудов (артерий и вен) нижних конечностей	539,20	0,9919
9	A04.12.002.002	Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей	539,20	0,9919
10	A04.12.002.003	Ультразвуковая доплерография вен верхних конечностей	539,20	0,9919
11	A04.12.007	Ультразвуковая доплерография сосудов глаза	539,20	0,9919
12	A04.12.024	Ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного кровотока	539,20	0,9919
13	A04.12.025	Ультразвуковая доплерография сосудов брыжейки	539,20	0,9919
Средний коэффициент и тариф по Допплерографии сосудов			539,20	0,9919
1.3. Дуплексное сканирование сосудов				
1	A04.12.001.002	Дуплексное сканирование артерий почек	539,20	0,9919
2	A04.12.003	Дуплексное сканирование аорты	539,20	0,9919
3	A04.12.003.001	Дуплексное сканирование брюшной аорты и ее висцеральных ветвей	539,20	0,9919
4	A04.12.003.002	Дуплексное сканирование брюшного отдела аорты, подвздошных и общих бедренных артерий	539,20	0,9919
5	A04.12.005	Дуплексное сканирование сосудов (артерий и вен) верхних конечностей	539,20	0,9919
6	A04.12.005.002	Дуплексное сканирование артерий верхних конечностей	539,20	0,9919
7	A04.12.005.003	Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока	539,20	0,9919
8	A04.12.005.004	Дуплексное сканирование вен верхних конечностей	539,20	0,9919
9	A04.12.005.005	Дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий	539,20	0,9919
10	A04.12.005.006	Дуплексное интракраниальных отделов брахиоцефальных артерий	539,20	0,9919
11	A04.12.006	Дуплексное сканирование сосудов (артерий и вен) нижних конечностей	539,20	0,9919
12	A04.12.006.001	Дуплексное сканирование артерий нижних конечностей	539,20	0,9919
13	A04.12.006.002	Дуплексное сканирование вен нижних конечностей	539,20	0,9919
14	A04.12.008	Дуплексное сканирование сосудов мошонки и полового члена	377,69	0,6948
15	A04.12.011	Дуплексное сканирование сосудов поджелудочной железы	377,69	0,6948
16	A04.12.012	Дуплексное сканирование сосудов печени	377,69	0,6948
17	A04.12.014	Дуплексное сканирование сосудов гепатобиллиарной зоны	377,69	0,6948
18	A04.12.017	Дуплексное сканирование сосудов щитовидной железы	377,69	0,6948
19	A04.12.018	Дуплексное сканирование транскраниальное артерий и вен	539,20	0,9919
20	A04.12.021	Дуплексное сканирование сосудов селезенки	377,69	0,6948
21	A04.12.022	Дуплексное сканирование сосудов малого таза	539,20	0,9919
22	A04.12.023	Дуплексное сканирование нижней полой и почечных вен	539,20	0,9920
23	A04.12.026	Дуплексное сканирование нижней полой вены и вен портальной системы	539,20	0,9921
24	A04.30.002	Дуплексное сканирование сердца и сосудов плода	539,20	0,9922
Средний коэффициент и тариф по Дуплексное сканирование сосудов			538,27	0,9902
1.4. Иные ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы				
1	A04.10.002.001	Эхокардиография чреспищеводная	941,19	1,7314
2	A04.10.002.004	Эхокардиография с физической нагрузкой	781,48	1,4376
3	A04.11.001	Ультразвуковое исследование средостения	256,52	0,4719
4	A04.12.004	Внутрисосудистое ультразвуковое исследование сосудистой стенки	547,79	1,0077
5	A04.12.015	Триплесное сканирование вен	539,20	0,9919
6	A04.12.015.001	Триплесное сканирование нижней полой вены, подвздошных вен и вен нижних конечностей (комплексное)	539,20	0,9919
7	A04.23.001	Нейросонография	539,20	0,9919
8	A04.23.001.001	Ультразвуковое исследование головного мозга	539,20	0,9919
9	A04.23.002	Эхоэнцефалография	296,91	0,5462
10	A04.30.008	Ультразвуковое исследование в режиме 3D	539,20	0,9919
1.5. Средний коэффициент и тариф по Иным ультразвуковым исследованиям сердечно-сосудистой системы			649,82	1,1954
Средний коэффициент тариф по Ультразвуковым исследованиям сердечно-сосудистой системы			543,60	1,0000

Тарифы
на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований
Эндоскопические диагностические исследования

Таблица 4.

№№ п/п	Код номенклатуры простых услуг	Наименование услуги	Тариф	Относительные коэффициенты стоимости
1.1. Бронхоскопия				
1	A03.09.001	Бронхоскопия	1 291,25	1,2954
Средний коэффициент и тариф по Бронхоскопии			1 291,25	1,2954
1.2. Эзофагогастродуоденоскопия				
1	A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	890,54	0,8934
Средний коэффициент и тариф по Эзофагогастродуоденоскопии			890,54	0,8934
1.3. Колоноскопия				
1	A03.18.001	Колоноскопия	1 580,63	1,5857
Средний коэффициент и тариф по Колоноскопии			1 580,63	1,5857
1.4. Ректосигмоидоскопия				
1	A03.19.004	Ректосигмоидоскопия	1 011,15	1,0144
Средний коэффициент и тариф по Ректосигмоидоскопии			1 011,15	1,0144
1.5. Иные Эндоскопические диагностические исследования				
1	A03.08.003	Эзофагоскопия	624,30	0,6263
2	A03.09.002	Трахеоскопия	1 291,25	1,2954
3	A03.09.003	Трахеобронхоскопия	1 291,25	1,2954
4	A03.16.003	Эзофагогастроскопия	784,08	0,7866
5	A03.19.002	Ректороманоскопия	638,65	0,6407
6	A03.19.003	Сигмоскопия	1 083,52	1,0870
Средний коэффициент и тариф по Иным эндоскопическим диагностическим исследованиям			822,65	0,8253
Средний коэффициент и тариф по Эндоскопическим диагностическим исследованиям			996,70	0,9998

Тарифы

на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований

Гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний

Таблица 5.

№№ п/п	Код номенклатуры простых услуг	Наименование услуги	Тариф	Относительные коэффициенты стоимости
1	A08.30.046.001	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала первой категории сложности	1 037,41	0,5025
2	A08.30.046.002	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала второй категории сложности	1 294,65	0,6271
3	A08.30.046.003	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала третьей категории сложности	1 397,87	0,6771
4	A08.30.046.004	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала четвертой категории сложности	1 758,13	0,8516
5	A08.30.046.005	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности	1 912,76	0,9265
6	A08.06.002.001	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла с применением иммуногистохимических методов	3 962,19	1,9192
7	A08.08.001.001	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей верхних дыхательных путей с применением гистобактериоскопических методов	3 962,19	1,9192
8	A08.09.001.002	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей трахей и бронхов с применением иммуногистохимических методов	3 962,19	1,9192
9	A08.14.004.001	Патолого-анатомическое исследование биоптата печени с применением иммуногистохимических методов	3 962,19	1,9192
10	A08.16.002.002	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала желудка с применением иммуногистохимических методов	3 962,19	1,9192
11	A08.18.001.002	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала толстой кишки с применением иммуногистохимических методов	3 962,19	1,9192
12	A08.20.003.002	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала матки с применением иммуногистохимических методов	3 962,19	1,9192
13	A08.20.005.002	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала яичника с применением иммуногистохимических методов	3 962,19	1,9192
14	A08.20.009.002	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала молочной железы с применением иммуногистохимических методов	3 962,19	1,9192
15	A08.21.001.002	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала предстательной железы с применением иммуногистохимических методов	3 962,19	1,9192
16	A08.21.002.002	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала яичка, семенного канатика и придатков с применением иммуногистохимических методов	3 962,19	1,9192
17	A08.22.003.001	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей щитовидной железы с применением иммуногистохимических методов	3 962,19	1,9192
18	A08.28.005.002	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала почки с применением иммуногистохимических методов	3 962,19	1,9192
19	A08.30.013.001	Патолого-анатомическое исследование белка к рецепторам HER2/neu с применением иммуногистохимических методов	3 962,19	1,9192
Средний коэффициент и тариф по гистологическим исследованиям с целью выявления онкологических заболеваний			2 066,64	1,0010

Тарифы

на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований
Молекулярно-генетическое исследование с целью выявления онкологических заболеваний

Таблица 6.

№№ п/п	Код номенклатуры простых услуг	Наименование услуги	Тариф	Относительные коэффициенты стоимости
1	-	Молекулярно-генетическое исследование с целью выявления онкологических заболеваний	8 371,10	1,0000
Средний коэффициент и тарифы по Молекулярно-генетическим исследованиям с целью выявления онкологических заболеваний			8 371,10	1,0000

Тарифы

на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований

Позитронно-эмиссионная компьютерная томография (ПЭТ-КТ)

Таблица 7.

№№ п/п	Код номенклатуры простых услуг	Наименование услуги	Тариф	Относительные коэффициенты стоимости
1	A07.30.043	Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными РФП	38 611,08	1,0000
Средний коэффициент тариф по Позитронно-эмиссионная компьютерная томография (ПЭТ-КТ)			38 611,08	1,0000