

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ
СТРАХОВАНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ
РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
на 2026 год

г.Махачкала

Оглавление

1. Общие положения.....	3
2. Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию и применяемые на территории Республики Дагестан.....	10
2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.....	10
2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационаров.....	30
2.3. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).....	35
2.4. Установленные способы оплаты являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС.....	35
3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.....	36
3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.....	38
3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационаров.....	45
3.3. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.....	49
4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.....	50
5. Заключительные положения.....	52

1. Общие положения

Министерство здравоохранения Республики Дагестан в лице министра здравоохранения Республики Дагестан (председателя Комиссии) Глазова Ярослава Николаевича, заместителя министра здравоохранения Республики Дагестан Мирзоева Аздара Ибадуллаевича;

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Дагестан в лице директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Дагестан Гудова Ахмеда Гаджиевича, заместителя директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Дагестан Ахмедова Махмуд-Апанди Гаджимагомедовича (секретаря Комиссии);

Дагестанский республиканский союз организаций профсоюзов в лице заместителя председателя Билалова Мусы Исаевича;

Дагестанская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Бучаевой Зумруд Камировны;

Акционерное общество «Макс-М» в лице директора филиала акционерного общества «Макс-М» в г. Махачкале Залбекова Далгата Магомедсаидовича и заместителя директора филиала акционерного общества «Макс-М» в г. Махачкале Исмаиловой Аиды Рзахановны;

Региональная общественная организация «Дагестанское медицинское общество» в лице председателя правления Танкаевой Хадижат Сулеймановны;

Региональное отделение общественной организации «Первая общероссийская ассоциация врачей частной практики» в Республике Дагестан в лице председателя Аскерханова Гамида Рашидовича, именуемые в дальнейшем Стороны, в соответствии с частью 2 ст. 30 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Дагестан на 2026 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем.

1.1. Тарифное регулирование оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, правовыми актами Республики Дагестан и настоящим Тарифным соглашением.

1.2. Нормативные правовые акты, в соответствии с которыми разрабатывалось и заключалось тарифное соглашение

Тарифное соглашение разработано в целях обеспечения финансовой устойчивости сферы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан на основании:

- Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Постановления Правительства Российской Федерации от 29.12.2025г. №2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»;

- Постановления Правительства Республики Дагестан от 30.12.2025г. № 416 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Дагестан на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»;

- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 августа 2025 года № 496н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»;

- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2023 года № 44н «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.01.2025г. №31-2/115 и №00-10-26-2-06/965 «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»;

и другими федеральными и региональными нормативными правовыми актами, регулирующими отношения, связанные с обязательным медицинским страхованием.

1.3. Предмет Тарифного соглашения

1.3.1. Предметом Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Дагестан на 2026 год, утвержденной постановлением Правительства Республики Дагестан от 30.12.2025г. № 416, в части Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Программа, Территориальная программа).

1.3.2. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы, способы оплаты медицинской помощи, порядок формирования и применения тарифов на оплату медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), структуру тарифов и состав расходов, включаемых в тарифы на оплату медицинской помощи, размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.3.3. Тарифное соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой застрахованным лицам на территории Республики Дагестан, а также лицам застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации по видам и условиям оказания медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

1.3.4. Тарифное соглашение распространяется на всех участников системы ОМС при выполнении Территориальной программы.

1.3.5 Установление тарифов на оказание медицинской помощи и формирование Тарифного соглашения в соответствии с требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными приказом Минздрава России от 10.02.2023г. №44н, осуществляется Комиссией по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Дагестан, образованной Постановлением Правительства Республики Дагестан от 31мая 2012 г. № 194.

1.3.6. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинской организацией застрахованному лицу, осуществляется:

- на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

- в пределах объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС и распределенных решением Комиссии на год;
- в соответствии с лицензией и (или) уведомлением на медицинскую деятельность;
- на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по ОМС с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС;
- по тарифам и способам оплаты медицинской помощи, утвержденным настоящим Тарифным соглашением, действующим на дату окончания лечения.

1.4. Основные понятия и термины

В рамках настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и их определения:

ОМС - обязательное медицинское страхование;

ТФОМС РД - Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Дагестан;

СМО (страховая медицинская организация) - страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Дагестан;

МО (медицинская организация) - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности, и включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования Республики Дагестан;

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

Медицинская услуга — медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

Прикрепленное лицо — лицо, застрахованное по ОМС, проживающее на территории Республики Дагестан и выбравшее для получения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях медицинскую

организацию, осуществляющую деятельность в сфере ОМС Республики Дагестан;

Медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения – медицинские организации, организационная структура которых не предусматривает наличие участков прикрепленного населения.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц – плановая сумма финансовых средств на одно прикрепленное лицо, предназначенная для оплаты первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной, медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации; плановая сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации, предназначенная для оплаты первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной, первичной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации;

Дифференцированный подушевой норматив финансирования – сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, рассчитанная с учетом различий в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц (населения) в зависимости от пола, возраста и потребности в медицинской помощи, предназначенная для определения объема подушевого финансирования.

Посещение (в том числе при оказании медицинской помощи в неотложной форме) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебной целью, которая используется для планирования нормативов объема и финансового обеспечения в рамках Территориальной программы;

Обращение по поводу заболевания – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания к врачам одной специальности (складывается из первичных и повторных посещений), включающее лечебнодиагностические и реабилитационные мероприятия;

Комплексное посещение – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической или лечебнодиагностической целью, в соответствии с установленным объемом медицинских исследований, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного;

Законченный случай лечения в поликлинике (за исключением стоматологии) – обращение по поводу заболевания с кратностью не менее 2 посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные ме-

роприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента на лечение в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу.

Оплата медицинской помощи за услугу в амбулаторно-поликлинических условиях - мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемый на оказание стоматологической медицинской помощи, равный 10 минутам.

Структура тарифа- перечень видов расходов МО по статьям экономической классификации, подлежащих финансированию из средств ОМС;

Случай госпитализации в круглосуточном стационаре (**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 Территориальной программы обязательного медицинского страхования;

Клинико-статистическая группа заболеваний (далее также – **КСГ, группа заболеваний, состояний**) – 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);

Оплата медицинской помощи по КСГ – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратноемкости и поправочных коэффициентов;

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 Территориальной программы обязательного медицинского страхования;

Коэффициент относительной затратноемкости – устанавливаемый Программой коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

Коэффициент дифференциации - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных тер-

риторий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации; (для Республики Дагестан 1,005);

Поправочные коэффициенты - устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

Коэффициент специфики – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинко-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинко-статистической группе заболеваний;

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами;

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

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) - медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи и включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники;

Оплата медицинской помощи за услугу в условиях круглосуточного и дневного стационаров – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных Тарифным соглашением.

Законченный случай лечения в условиях круглосуточного и дневного стационаров – совокупность медицинских услуг по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской

помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выписки.

Прерванный случай – случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара при переводе пациента в другую медицинскую организацию, перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, самовольном уходе из медицинской организации, смерти пациента, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно (≤ 3 дня), за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения, перечень групп которых представлен в приложении № 34 к Тарифному соглашению.

Межучрежденческие расчеты - расчеты за оказанную медицинскую помощь, осуществляемые между медицинскими организациями через страховые медицинские организации в целях обеспечения доступности оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с тарифами, утвержденными настоящим Тарифным соглашением.

Возраст пациента – возраст обратившегося застрахованного лица, определяемый на дату первичного обращения в медицинскую организацию (например, на дату первого посещения в обращении, на дату поступления в приемный покой и т.п.).

Детское население – застрахованные лица в возрасте от 0 до 17 лет 11 месяцев 29 дней включительно.

Взрослое население – застрахованные лица в возрасте от 18 лет и старше.

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Республики Дагестан

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Республики Дагестан применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.1.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

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), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды скинтиграфических исследований (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) 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;

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме, а также при оказании неотложной

медицинской помощи в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи:

- посещение с профилактическими и иными целями;
- посещения при оказании неотложной медицинской помощи;
- обращение в связи с заболеванием;

- проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов: из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием;

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования, используется при оплате амбулаторной медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным лицам, прикрепленным к медицинской организации на территории Республики Дагестан.

Перечень МО, имеющих прикрепившихся застрахованных лиц и оказывающих амбулаторную помощь, представлен в приложении №1.6.

Порядок расчета и оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в том числе с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) приведен в Приложении №23.

Порядок оплаты с применением показателей результативности деятельности медицинских организаций приведен в Приложении №24.

2.1.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи.

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

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого 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, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабора-

торной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья и диспансеризация детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

вторых этапов: диспансеризации, углубленной диспансеризации, диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья и диспансеризация детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях (старше 18 лет) в том числе диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

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

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

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

медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями в том числе маломобильным гражданам, имеющим физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов;

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

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

- при получении медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилям «Стоматология», «Акушерство и гинекология»;

- при получении медицинской помощи в консультативных поликлиниках;
- при проведении заместительной почечной терапии (услуг диализа в амбулаторных условиях);
- при получении медицинской помощи в кабинетах охраны зрения детей;

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

2.1.3.1. Профилактические медицинские осмотры и диспансеризация граждан.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 14 апреля 2025 г. № 211н «Об утверждении Порядка проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 14 апреля 2025 г. № 212н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, учетной формы № 030/у-Д/с, порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030/о-Д/с, порядка ее заполнения», от 21 апреля 2022 г. № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

Профилактические мероприятия организуются в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смертности населения, для выявления болезней эндокринной системы, органов пищеварения и других заболеваний, а также для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин.

В целях выявления ранних признаков дислипидемии и формирования атеросклероза одновременно с прохождением профилактического медицинского осмотра или диспансеризации организуется однократное определение уровня липопротеида (а) в крови у всех пациентов в возрасте 18 – 40 лет и оценка липидного профиля (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, холестерин липопротеидов очень низкой плотности, триглицериды) у пациентов в возрасте 18-39 лет – один раз в 6 лет, у пациентов с 40 лет и старше – один раз в 3 года.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или

фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

При проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров и диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации. В этом случае стоимость такого профилактического медицинского осмотра или такой диспансеризации уменьшается на стоимость ранее проведенных медицинских вмешательств.

В случае выявления у гражданина в течение одного года после прохождения диспансеризации заболевания, которое могло быть выявлено на диспансеризации, страховая медицинская организация проводит по данному случаю диспансеризации медико-экономическую экспертизу, а при необходимости – экспертизу качества медицинской помощи в порядке, утвержденном Министерством Здравоохранения Российской Федерации.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации за счет средств обязательного медицинского страхования установлены с учетом в том числе расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (при проведении маммографии, рентгенографии флюорографии грудной клетки, компьютерной томографии органов грудной клетки).

В случае отсутствия у МО, осуществляющей профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию, в том числе углубленную диспансеризацию, лицензии на осуществление медицинской деятельности по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения диспансеризации или медицинских осмотров в полном объеме, либо при отсутствии возможности проведения диспансеризации или медицинских осмотров в полном объеме по другой объективной причине (отсутствие специалиста, ответственного за проведение диспансеризации или медицинских осмотров и т.п.), МО, ответственная за организацию диспансеризации или медицинских осмотров, заключает договор с иной МО, имеющей лицензию на требуемые виды работ (услуг), о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации или медицинских осмотров либо организует оказание необходимых медицинских услуг в рамках межучрежденческих взаиморасчетов.

В целях приближения к месту жительства, работы или учебы гражданина профилактических медицинских осмотров и диспансеризации МО формируют выездные медицинские бригады. Оплата фактически выполненных по договору

объёмов медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, которая была привлечена к проведению отдельных осмотров, обследований при проведении профилактических мероприятий, включая углубленную диспансеризацию, профилактические медицинские осмотры, профилактические осмотры несовершеннолетних, диспансеризацию определенных групп взрослого населения, диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризацию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, производится медицинской организацией, ответственной за организацию профилактических мероприятий, по тарифам посещений и тарифам диагностических услуг, в том числе включенных в состав тарифа комплексного посещения.

Если гражданин в течение года сменил медицинскую организацию в соответствии с его правом выбора медицинской организации, то оплате подлежит комплексное посещение по профилактическому осмотру или диспансеризации, предъявленное к оплате раньше.

В случае выявления у гражданина в течение одного года после прохождения диспансеризации заболевания, которое могло быть выявлено на диспансеризации, страховая медицинская организация проводит по этому случаю диспансеризации медико-экономическую экспертизу, а при необходимости - экспертизу качества медицинской помощи в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Результаты указанных экспертиз направляются в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения для рассмотрения и принятия мер реагирования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.1.3.2. Углубленная диспансеризация.

Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включая случаи заболеваний, когда отсутствует подтверждение перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом ПЦР-диагностики, в течение года после заболевания вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению № 2-г-г3.

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

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным приложениями №2-г-г3 к Тарифному соглашению:

а) за комплексное посещение, включающее исследования и медицинские вмешательства: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, 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.

б) за единицу объема в рамках проведения углубленной диспансеризации оплачиваются следующие исследования: - тест с 6 минутной ходьбой; - определение концентрации Д - димера в крови; - проведение эхокардиографии в рамках II этапа углубленной диспансеризации; - проведение компьютерной томографии легких в рамках II этапа углубленной диспансеризации; - дуплексного сканирования вен нижних конечностей в рамках II этапа углубленной диспансеризации.

По результатам углубленной диспансеризации в случае выявления хронических неинфекционных заболеваний, в том числе связанных с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), гражданин в течение 3 рабочих дней в установленном порядке направляется на дополнительные обследования и ставится на диспансерное наблюдение. При наличии показаний ему оказываются соответствующее лечение и медицинская реабилитация в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также предоставляются лекарственные препараты в соответствии с законодательством Российской Федерации.

При необходимости для проведения медицинских исследований в рамках прохождения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной, могут привлекаться медицинские работники медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

2.1.3.3. Диспансеризация взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья.

Для женщин и мужчин репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп в том числе одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья (далее - диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин), включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению № 2д-2д3. При невозможности проведения всех исследований в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, для проведения указанных исследований медицинским работником такой медицинской организации осуществляются забор материала для исследования и его направление в установленном порядке в иную медицинскую организацию. В случае отсутствия в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, врача акушера-гинеколога, врача-уролога (врача-хирурга, прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья) такая медицинская организация привлекает к проведению диспансеризации соответствующих врачей иных медицинских организаций (в том числе на основе выездных форм их работы) с обязательным информированием гражданина о дате и времени работы этих врачей не менее чем за 3 рабочих дня до назначения даты приема (осмотра).

Диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин проводится в целях выявления у граждан признаков заболеваний или состояний, которые могут негативно повлиять на беременность и последующее

течение беременности, родов и послеродового периода репродуктивного, а также факторов риска их развития.

Первый этап диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин включает:

а) у женщин:

прием (осмотр) врачом акушером-гинекологом; пальпация молочных желез; осмотр шейки матки в зеркалах с забором материала на исследование; микроскопическое исследование влагалищных мазков;

у женщин в возрасте 21 – 49 лет один раз в 5 лет – определение ДНК-вирусов папилломы человека (Papilloma virus) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом полимеразной цепной реакции. Жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки при положительном результате анализа на вирус папилломы человека; у женщин в возрасте 18 - 29 лет проведение лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;

б) у мужчин прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин).

Второй этап диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин проводится по результатам первого этапа в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и при наличии показаний включает:

а) у женщин: в возрасте 30 - 49 лет проведение лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции; ультразвуковое исследование органов малого таза в начале или середине менструального цикла; ультразвуковое исследование молочных желез; повторный прием (осмотр) врачом акушером-гинекологом;

б) у мужчин: спермограмму; микроскопическое исследование микрофлоры или проведение лабораторных исследований в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции; ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки; повторный прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин).

Оплата диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья осуществляется за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным приложениями №2д-2д3 к Тарифному соглашению.

При необходимости для проведения медицинских исследований в рамках прохождения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной, могут привлекаться медицинские работники МО, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, а также при отсутствии возможности оказания выполнения всех исследований и иных медицинских вмешательств, в рамках прохождения застрахован-

ными лицами первого и второго этапов диспансеризации МО обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг в других МО.

2.1.3.4. Диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и (или) обучающихся в образовательных организациях.

Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц и включает посещения граждан, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц и проводится в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 11.04.2025 № 192н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях», от 04.06.2020г. №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями», а также иными утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации порядками проведения диспансерного наблюдения.

В отношении работающих застрахованных лиц по месту осуществления служебной деятельности организуется проведение диспансерного наблюдения в целях профилактики развития профессиональных заболеваний или осложнений, обострений, ранее сформированных хронических неинфекционных заболеваний (далее - диспансерное наблюдение работающих граждан).

Организация диспансерного наблюдения работающих граждан может осуществляться:

при наличии у работодателя подразделения (кабинет врача, здравпункт, медицинский кабинет, медицинская часть и другие подразделения), оказывающего медицинскую помощь работникам организации силами и средствами такого подразделения;

при отсутствии у работодателя указанного подразделения путем заключения работодателем договора с государственной (муниципальной) медицинской организацией любой подведомственности, участвующей в базовой (территориальной) программе обязательного медицинского страхования и имеющей материально-техническую базу и медицинских работников, необходимых для проведения диспансерного наблюдения работающего гражданина (с оплатой такой медицинской помощи по отдельным реестрам счетов в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации).

Диспансерное наблюдение работающего гражданина также может быть проведено силами медицинской организации, к которой прикреплен работающий гражданин, с использованием выездных методов работы и организацией осмотров и исследований по месту осуществления гражданином служебной деятельности.

Оплата диспансерного наблюдения производится:

- за единицу объема в рамках комплексного посещения по тарифам групп диспансерного наблюдения (взрослое население согласно приложению №13, детское население согласно приложению №13-а, работающие граждане согласно приложению №13-в);

- в рамках подушевого норматива финансирования за обращение по заболеванию (детское население согласно приложению №13-б)

Комплексное посещение при диспансерном наблюдении – это медицинские мероприятия, включающие в себя посещение (или несколько посещений) врача и диагностические исследования (лабораторные и инструментальные, при необходимости) в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и клиническими рекомендациями.

В рамках одного комплексного посещения проводится наблюдение пациента по одной нозологии. У пациента с несколькими заболеваниями сердечно-сосудистой системы может быть несколько комплексных посещений в один день.

В соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми медицинский работник медицинской организации, где пациент получает первичную медико-санитарную помощь, при проведении диспансерного наблюдения осуществляет при необходимости дистанционное наблюдение за пациентами в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Дистанционное наблюдение назначается лечащим врачом, включая программу и порядок дистанционного наблюдения, по результатам очного приема (осмотра, консультации) и установления диагноза.

Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом осуществляется с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, и (или) государственной информационной системы в сфере здравоохранения Республики Дагестан, и (или) медицинских информационных систем, и (или) иных информационных систем. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом.

Тарифы на дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом установлены с учетом расходов, связанных с оплатой дистанционного наблюдения одному пациенту в течение всего календарного года с учетом частоты и кратности проведения дистанционного наблюдения (приложение №12-б).

За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов может осуществляться финансовое обеспечение расходов, связанных с предоставлением пациентам с артериальной гипертензией и сахарным диабетом медицинских изделий, необходимых для проведения дистанционного наблюдения в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, а также расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений. Медицинские изделия, необходимыми для проведения дистанционно-

го наблюдения в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, могут быть также приобретены за счет личных средств граждан.

2.1.3.5. Центры здоровья (центры медицины здорового долголетия).

В целях охраны здоровья граждан и внедрения здоровьесберегающих технологий в медицинских организациях осуществляется деятельность центров здоровья (центров медицины здорового долголетия).

Обследование граждан в центре здоровья (центре медицины здорового долголетия) осуществляется в 2 этапа.

На первом этапе все обратившиеся в центры здоровья (центры медицины здорового долголетия) граждане в возрасте 18 лет и старше (без ограничений по возрасту) проходят анкетирование и исследования, направленные на определение биологического возраста, в том числе с применением калькуляторов биологического возраста, включая использование в этих целях зарегистрированных медицинских изделий и программных продуктов.

Анкетирование граждан должно быть проведено до начала исследований, в том числе с использованием федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" или региональных порталов государственных и муниципальных услуг (функций).

По результатам анкетирования и оценки биологического возраста врач по медицинской профилактике или врач по медицине здорового долголетия принимает решение о проведении дополнительных исследований (второй этап), предусмотренных примерными программами исследований, проводимых в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) и направленных на выявление изменений в организме человека, которые могут привести к преждевременной активации механизмов старения и формированию факторов риска развития заболеваний, направленных на:

- выявление признаков преждевременной активации механизмов старения и предрисков;

- выявление факторов риска развития заболеваний.

Второй этап проводится с учетом выявленных по результатам анкетирования и оценки биологического возраста отклонений в деятельности отдельных систем организма.

Если у гражданина ранее уже выявлены факторы риска развития того или иного заболевания или он состоит под диспансерным наблюдением по конкретному заболеванию или состоянию, такому гражданину исследования проводятся только в части механизмов преждевременного старения и предрисков, приводящих к формированию факторов риска, возникновению заболеваний и состояний, по которым гражданин под диспансерным наблюдением не состоит.

Анкетирование и исследования не проводятся лицам, получающим паллиативную медицинскую помощь, инвалидам I группы, лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения или тяжелыми когнитивными нарушениями, не позволяющими провести анкетирование и необходимые исследования.

Если в течение предыдущих 6 месяцев обратившийся гражданин уже проходил исследования, указанные в приложении N 32-а, такие исследования

учитываются врачом по медицинской профилактике (врачом по медицине здорового долголетия) и повторно не проводятся при наличии подтверждающих результаты исследований медицинских документов, в том числе размещенных в информационных медицинских системах, доступных врачам центров здоровья (центров медицины здорового долголетия).

Врач по медицинской профилактике или врач по медицине здорового долголетия по результатам анкетирования и проведенных исследований проводит консультирование обратившегося гражданина.

В случае отсутствия необходимости проведения второго этапа исследования консультирование гражданина проводится в день его обращения.

В ходе консультирования врач по медицинской профилактике или врач по медицине здорового долголетия дает обратившемуся гражданину рекомендации, направленные на:

ликвидацию или коррекцию признаков преждевременной активации механизмов старения, коррекцию предрисков и факторов риска развития заболеваний (в случае проведения соответствующих исследований в рамках второго этапа);

коррекцию питания (переход на здоровое питание);

формирование оптимального режима двигательной активности;

улучшение когнитивных функций и психологического состояния, включая рекомендации, направленные на вовлечение граждан в творчество, формирование привычки регулярного посещения учреждений культуры и искусства, выставочных и иных культурных мероприятий, в соответствии с рекомендациями, утвержденными Министерством культуры Российской Федерации.

В случае выявления по результатам исследований факторов риска развития заболеваний гражданин направляется для дальнейшего диспансерного наблюдения к врачу по медицинской профилактике.

При выявлении в ходе исследований признаков наличия у обратившегося гражданина тех или иных заболеваний врач по медицинской профилактике или врач по медицине здорового долголетия направляет такого гражданина к соответствующему врачу для дальнейшего обследования, лечения и диспансерного наблюдения.

По результатам исследований и консультирования гражданину оформляется и выдается (в том числе в электронном виде) паспорт здоровья по форме и в порядке, которые утверждаются Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В случае выявления в ходе исследований у гражданина признаков преждевременной активации механизмов старения и (или) предрисков врач по медицинской профилактике или врач по медицине здорового долголетия осуществляет учет и динамическое наблюдение за гражданином, включая оценку биологического возраста и проведение повторных исследований, по результатам которых в ходе второго этапа были выявлены отклонения от нормы:

через 3 месяца после выявления признаков преждевременной активации механизмов старения и (или) предрисков;

далее с установленной врачом периодичностью до стабилизации состояния организма, улучшения когнитивных функций и психоэмоционального состояния, но не чаще 2 раз в год.

2.1.3.6. Телемедицинские консультации.

Телемедицинские технологии используются в целях повышения доступности медицинской помощи, сокращения сроков ожидания консультаций и диагностики, оптимизации маршрутизации пациентов и повышения эффективности оказываемой медицинской помощи маломобильным гражданам, имеющим физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов.

Телемедицинские технологии применяются при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

Консультации с применением телемедицинских технологий проводятся в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи выбор консультирующей медицинской организации и врача-консультанта осуществляется в соответствии со статьей 21 Федерального закона № 323-ФЗ при соблюдении особенностей, установленных частью 2 статьи 36 указанного Федерального закона.

При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий в плановой форме осуществляются с учетом соблюдения установленных требований к срокам проведения консультаций.

По медицинским показаниям и в соответствии с клиническими рекомендациями медицинские работники медицинских организаций, организуют проведение консультации с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий с последующим внесением соответствующей информации о проведении и результатах такой консультации в медицинскую документацию пациента, в том числе в форме электронного документа.

Оплату за проведение консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в экстренной, неотложной и плановой формах осуществляет медицинская организация, запросившая телемедицинскую консультацию.

По медицинским показаниям и в соответствии с клиническими рекомендациями медицинские работники медицинских организаций, расположенных в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, организуют проведение консультации с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий с последующим внесением соответствующей

информации о проведении и результатах такой консультации в медицинскую документацию пациента.

Направлениями использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи являются:

- дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой;
- дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями;
- дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента, в том числе дистанционное мониторирование отдельных показателей при хронических неинфекционных заболеваниях.

2.1.3.7. Медицинская помощь в рамках школ пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания.

Медицинская помощь в рамках школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания осуществляется в целях снижения смертности населения от хронических неинфекционных заболеваний и увеличения продолжительности жизни населения путем информирования и обучения пациентов по повышению приверженности к улучшению здоровья, профилактике основных неинфекционных заболеваний, массового охвата населения пропагандой здорового образа жизни.

Оплата медицинской помощи в рамках школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания осуществляется за единицу объема - комплексное посещение (в расчете на одного пациента при групповых занятиях), в соответствии с приложением №12-а.

2.1.3.8. Консультация медицинского психолога.

Консультирование медицинским психологом проводится по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования пациентов из числа: ветеранов боевых действий, супруги (супруга) участника специальной военной операции, а также супруги (супруга) участника специальной военной операции, пропавшего без вести, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродового период.

Оплата консультации медицинского психолога осуществляется за единицу объема медицинской помощи в соответствии с приложением №38.

2.1.3.9. Неотложная медицинская помощь.

К посещениям в связи с оказанием неотложной медицинской помощи относятся посещения в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи поликлиники (врачебной амбулатории), а также оказание помощи в приемном отделении стационара без последующей госпитализации:

- при внезапных острых заболеваниях, состояниях, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи;
- при обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи.

Факт обращения пациента в поликлинику должен быть зафиксирован в Журнале регистрации амбулаторных больных, в медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025-1/у).

Оплата оказания неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях включена в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Средний норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме за счет средств обязательного медицинского страхования, включает в том числе посещения на дому при вызове медицинского работника.

Случаи оказания неотложной помощи в поликлинике и госпитализации пациента в стационар в этот день подлежат оплате по общим правилам возможности пересечения поликлинических посещений со стационарным лечением.

2.1.3.10. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.

Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных ресурсов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях, в том числе реабилитация пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), включает набор необходимых консультаций специалистов, и специалистов мультидисциплинарной бригады, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации.

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется дифференцированно в зависимости от заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация и оценки состояния пациента по ШРМ (1–3 балла) по тарифам, установленным Приложением № 46 к Тарифному соглашению.

Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях может проводиться на базе действующих отделений (кабинетов) физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа и других подразделений в соответствии с назначенными врачом по медицинской реабилитации мероприятиями по медицинской реабилитации.

В случае проживания пациента в отдаленном или труднодоступном населенном пункте информация о пациенте, нуждающемся в продолжении медицинской реабилитации, направляется медицинской организацией, в которой пациент получил специализированную медицинскую помощь, в медицинскую организацию, к которой пациент прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи, для организации ему медицинской реабилитации.

Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара может проводиться на базе действующих отделений (кабинетов) физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа и других подразделений в соответствии с назначенными врачом по медицинской реабилитации мероприятиями по медицинской реабилитации.

В случае отсутствия в медицинской организации, к которой пациент прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи, врача по медицинской реабилитации, но при наличии у медицинской организации лицензии на медицинскую реабилитацию врач, предоставляющий пациенту медицинскую

реабилитацию, организует при необходимости проведение консультации пациента врачом по медицинской реабилитации медицинской организации (включая федеральные медицинские организации и медицинские организации, не участвующие в территориальной программе обязательного медицинского страхования соответствующего субъекта Российской Федерации), в том числе с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий (видеоплатформ, отнесенных к медицинским изделиям), с последующим внесением соответствующей информации о проведении и результатах такой консультации в медицинскую документацию пациента.

При оказании медицинской реабилитации на дому на период лечения пациенту могут предоставляться медицинские изделия, предназначенные для восстановления функций органов и систем, в соответствии с клиническими рекомендациями по соответствующему заболеванию.

При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает не менее 10 – 12 посещений. Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации.

Порядок организации медицинской реабилитации на дому, включая перечень медицинских вмешательств, оказываемых при медицинской реабилитации на дому, порядок предоставления пациенту медицинских изделий в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, установлен Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.3.11. Оплата диагностических медицинских услуг.

Оплата диагностических медицинских услуг в рамках подушевого норматива финансирования осуществляется с использованием межучрежденческих расчетов в соответствии с тарифами, приведенными в приложении №15.

за единицу объема медицинской помощи осуществляется в соответствии с тарифами, приведенными в приложении №16.

Назначение 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, ПЭТ-КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С)) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний.

Порядок направления на такие исследования устанавливается нормативно-правовым актом Министерства здравоохранения Республики Дагестан.

СМО осуществляют контроль за назначением, его обоснованностью, сроками ожидания, направлением на проведение и выполнение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-биологических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ-КТ, ОФЭКТ/КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С) в соответствии с установленным порядком.

При проведении диагностических исследований допускается кратность оказания медицинской услуги в течение одного дня свыше единицы.

При проведении пациенту прижизненного патолого-анатомического исследования в амбулаторных условиях макро- и микроскопических изменений фрагментов тканей, органов используются следующие критерии учета:

при вырезке, проводке и микротомии – по числу объектов (объектом является один тканевой образец, залитый в один парафиновый или замороженный блок) с последующим описанием материала в соответствии с необходимыми требованиями;

при окраске микропрепаратов (постановке реакций, определений) – по числу объектов, обработанных одной окраской (реакцией, определением) с последующим описанием материала в соответствии с необходимыми требованиями;

при пересмотре – описание представленного из одной зоны интереса биопсийного (операционного и диагностического) материала вне зависимости от объема и количества.

Проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования согласно порядку проведения межучрежденческих взаиморасчетов (приложение №25).

2.1.3.12. Медицинская помощь по профилю «Стоматология».

При оказании стоматологической медицинской помощи случаи обращения пациентов в медицинскую организацию в целях профилактики, диагностики и/или лечения заболеваний полости рта, слюнных желез и челюстей, имеющих самостоятельное законченное значение, предъявляются к оплате в соответствии с приложением №17.

Оплата стоматологической помощи при обращении по заболеванию производится за единицу по фактически выполненному объему, определяемому в условных единицах трудоемкости (УЕТ) по категориям: «взрослые», «дети». При этом оказание стоматологической помощи должно быть основано на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д. Рекомендованный классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной медицинской помощи, выраженной в УЕТ, представлен в приложении №17

Средняя кратность УЕТ в одном посещении составляет 4,2. Число УЕТ в одном посещении с профилактической целью – 4,0, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) – 9,4.

К посещениям с профилактической целью при оказании медицинской помощи в стоматологии относятся посещения:

- при организации профилактических медицинских осмотров, диспансеризации населения;
- в планово-профилактическом порядке в дошкольных и общеобразовательных учреждениях, обследование пациентов по раннему выявлению онкологических заболеваний визуальных локализаций на стоматологическом приеме;
- при комплексном первичном обследовании ребенка.

При оказании стоматологических услуг допускается кратность оказания медицинской услуги в течение одного дня свыше единицы.

2.1.3.13. Заместительная почечная терапия (гемодиализ).

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа. В целях учета объемов медицинской помощи лечение в течение одного месяца учитывается как одно обращение (сеанс). При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников. Оплата услуг диализа осуществляется дифференцированно по методам диализа в соответствии с приложением №18.

2.1.3.14. Фельдшерско-акушерские пункты (фельдшерские пункты, фельдшерские здравпункты).

Оплата медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах при условии их соответствия требованиям,

установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 14 апреля 2025 г. № 202 н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» осуществляется в соответствии с приложением №26.

2.1.3.15. Особенности оплаты амбулаторной медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи МО, не имеющим прикрепленное застрахованное население, осуществляется за посещение, обращение по поводу заболевания, лечебно-диагностические услуги в рамках проводимых межучрежденческих расчетов и (или) за единицу объема в соответствии с приложением №25.

Посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием. Посещение среднего медицинского персонала подлежит оплате в случае ведения средним медицинским персоналом самостоятельного приема с последующей записью в медицинской карте амбулаторного пациента;

Посещения центров амбулаторной онкологической помощи (за исключением комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в центрах амбулаторной онкологической помощи). В центрах амбулаторной онкологической помощи и консультативных поликлиниках прием врача-онколога и проведение КТ (МРТ) в один день одному застрахованному лицу предъявляются на оплату как две самостоятельные услуги и пересечением не считаются;

Повторное посещение в один день врача или специалиста со средним медицинским образованием, ведущего самостоятельный прием, одной специальности (профиля) в одной МО предъявляется к оплате как одно посещение.

2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

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

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

б) 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 при-

чинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случаях прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 34, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний;

2.2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

а) 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);

б) за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением N 34, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

2.2.3 Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

2.2.3.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара за счет средств ОМС, по КСГ, предусмотренными приложениями №30, 31, осуществляется во всех страховых случаях,

за исключением:

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

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

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

- услуг диализа, включающих различные методы.

Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретной КПП не учитывается. Например, при оказании медицинской помощи на терапевтических койках ЦРБ пациенту с диагнозом «Бронхиальная астма», который относится к КСГ «Астма», оплата производится по соответствующей КСГ, вне зависимости от того, что данная КСГ входит в КПП «Пульмонология». Аналогично оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей может осуществляться при госпитализациях на койки как по профилю «Онкология», так и по профилю «Гематология». Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

При отсутствии возможности оказания застрахованным лицам специализированной (включая высокотехнологичную) медицинской помощи в полном объеме в соответствии со стандартами, клиническими рекомендациями и протоколами лечения, и на условиях, определенных Территориальной программой (отсутствие или длительное отсутствие врача-специалиста, отсутствие возможности проведения тех или иных лабораторно-диагностических исследований, отсутствие допустимых санитарно-эпидемиологических условий и (или) иных условий для проведения лабораторных исследований и др.) МО обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг в других МО.

При оплате услуг дневных стационаров день поступления и день выписки считаются двумя днями (за исключением случаев пребывания больных в дневных стационарах в течение одного календарного дня).

При наличии направления на осуществление плановой госпитализации с целью проведения хирургического лечения при оказании специализированной медицинской помощи госпитализация пациента в медицинскую организацию осуществляется не ранее чем за сутки до начала хирургического лечения, за исключением ситуаций, обусловленных медицинскими показаниями.

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, приведен в приложении №1.1., 1.2.

2.2.3.2. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, за счет средств ОМС, осуществляется за законченный случай лечения в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи страхования в рамках Раздела I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленным Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и плановый период 2027 и 2028 годов (приложение №35).

В случае, если хотя бы один из параметров не соответствует Разделу I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

При наличии направления на осуществление плановой госпитализации с целью проведения хирургического лечения при оказании высокотехнологичной, медицинской помощи госпитализация пациента в медицинскую организацию осуществляется не ранее чем за сутки до начала хирургического лечения, за исключением ситуаций, обусловленных медицинскими показаниями.

После оказания в медицинской организации ВМП при наличии показаний пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

2.2.3.3. Оплата медицинской реабилитации в условиях круглосуточного и дневного стационара.

В рамках Территориальной программы осуществляется медицинская реабилитация, оказываемая как этап в общем процессе лечения отдельных заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара.

Оплата медицинской реабилитации в стационарных условиях и в условиях дневного стационара осуществляется по стоимости КСГ в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

2.2.3.4. Оплата экстракорпорального оплодотворения.

Проведение экстракорпорального оплодотворения застрахованным лицам проводится в условиях дневного стационара в рамках специализированной помощи и оплачивается по соответствующей КСГ.

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день.

Медицинскими организациями Республики Дагестан обеспечивается забор и направление материала для проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) и предимплантационного генетического тестирования эмбриона на моногенные заболевания и на структурные хромосомные перестройки) (ПГТ-М, ПГТ-СП) в медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти и исполнительным органам субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, имеющие лицензию на предоставление работ (услуг) по лабораторной генетике, в соответствии с перечнем, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.2.3.5. Оплата диспансеризации маломобильных граждан, проводимой в стационарных условиях.

Лица из числа граждан, которые имеют нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящие к ограничениям жизнедеятельности, выраженные в неспособности к самообслуживанию, в нуждаемости в постоянной посторонней помощи и уходе, полной зависимости от других лиц (далее - маломобильные граждане), проживающие в отдаленных районах и сельской местности, а также маломобильные граждане, доставка которых в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, затруднена, в целях прохождения диспансеризации могут быть госпитализированы на срок до 3 дней в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь и оснащенную медицинскими изделиями и оборудованием, а также имеющую укомплектованный штат медицинских работников, необходимых для проведения профилактического медицинского осмотра или первого и второго этапов диспансеризации.

Оплата вышеуказанной диспансеризации, проводимой в стационарных условиях, осуществляется при условии обязательного выполнения 100 процентов объема первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, предусмотренной порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, для соответствующего пола и возраста, а также второго этапа (при наличии показаний) по тарифам на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, устанавливаемым в соответствии с приложением №30 к Тарифному соглашению, в пределах объемов медицинской помощи, установленных в территориальной программе обязательного медицинского страхования.

При выявлении у маломобильного гражданина в ходе проведения диспансеризации заболеваний и (или) состояний, требующих оказания ему

специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, медицинская организация, проводившая диспансеризацию в стационарных условиях, организует предоставление маломобильному гражданину такой медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2.3.6. Оказание неотложной медицинской помощи в приемном отделении стационара.

При оказании медицинской помощи в приемном отделении стационара без последующей госпитализации применяется тариф на неотложную помощь в приемном отделении стационара. При этом минимальным набором медицинских услуг, обосновывающим предъявление случая к оплате, является осмотр дежурным врачом, проведение необходимых для постановки диагноза лабораторно-инструментальных исследований и оказание необходимой медицинской помощи.

Факт обращения пациента в приемное отделение/покой должен быть зафиксирован в Журнале регистрации амбулаторных больных, в медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025-1/у), оформленной в приемном отделении/покое.

Причины отказа от госпитализации и факт оказания неотложной медицинской помощи должны быть подтверждены записями о результатах оказанной медицинской помощи в соответствующих журналах.

Посещения приемного покоя с последующей госпитализацией в одной медицинской организации оплате не подлежат.

В случае необходимости дополнительного проведения КТ/МРТ-исследования, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, данные услуги выполняются в приемном отделении стационара без направления, с подтверждением факта выполнения записями о результатах оказанной медицинской помощи в соответствующих журналах, и подлежат оплате по отдельному тарифу в рамках установленного объема и финансового обеспечения при условии отсутствия дальнейшей госпитализации пациента в рамках данного обращения.

Случаи оказания неотложной помощи в поликлинике и госпитализации пациента в стационар в этот день подлежат оплате по общим правилам возможности пересечения поликлинических посещений со стационарным лечением.

2.2.3.7. Особенности формирования КСГ и оплаты случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара приведены в приложении №34.

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

- по подушевому нормативу финансирования;
- за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на терри-

тории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также при проведении тромболитической терапии).

Перечень МО, участвующих в подушевом финансировании скорой медицинской помощи представлен в приложении №1.5.

Порядок расчета и оплаты скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования приведен в приложении №29.

2.4. Установленные способы оплаты являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС.

Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Дагестан, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты медицинской помощи приведен в приложениях № 1, 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.4.1, 1.5, 1.6.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Тарифы на оплату медицинской помощи применяются для возмещения расходов медицинским организациям, включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Республики Дагестан, при оказании медицинской помощи застрахованным в Республике Дагестан лицам и лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Тарифы сформированы в соответствии с методикой, установленной Правилами ОМС, порядками оказания медицинской помощи и иными нормативными правовыми документами и являются едиными для всех страховых медицинских организаций и медицинских организаций, реализующих Территориальную программу.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи определена частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и 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, включая расходы на использование беспилотных авиационных систем (транспортных средств) для

транспортировки биоматериалов, лекарственных препаратов и иных медицинских грузов, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату, в том числе за пользование имуществом, финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга, 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 400 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.

Расходы на разработку, внедрение, развитие, модернизацию и техническое обслуживание государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации и их подсистем не могут осуществляться за счет средств обязательного медицинского страхования.

При наличии исключительных или неисключительных прав на использование программного продукта (информационной системы) в медицинской организации и постановки программного продукта на учет медицинской организации расходы на разработку, внедрение, развитие, модернизацию и техническое обслуживание государственных информационных систем в сфере здравоохранения Республики Дагестан и медицинских информационных систем медицинских организаций могут быть оплачены за счет средств обязательного медицинского страхования

Предельный размер расходов на арендную плату, в том числе на финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга в соответствии со статьей 624 Гражданского кодекса Российской Федерации за один объект аренды в расчете на год, осуществляемых за счет средств обязательного медицинского страхования, не должен превышать лимит, установленный для приобретения основных средств.

Тарифы дифференцируются по видам и условиям оказания медицинской помощи, профилям врачебных специальностей, методам лечения, цели обращения за медицинской помощью с учетом возраста пациента, уровня оказания медицинской помощи и ее затратоемкости.

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяются дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

1) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

2) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров;

3) коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

3.1.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, предусматривают компенсацию расходов на посещение врачей определенных специальностей, медицинских работников со средним медицинским образованием, ведущих самостоятельный прием и компенсацию расходов медицинской организации на весь комплекс мероприятий по диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации.

3.1.2. При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

3.1.3. Средний размер финансового обеспечения (подушевой норматив) медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на одного застрахованного гражданина, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования без учета финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной на территориях других субъектов РФ лицам, застрахованным в Республике Дагестан, в расчете на одно застрахованное лицо на 2026 год составляет 8 651,25 руб., в том числе:

- при проведении профилактических медицинских осмотров – 2 624,2 рублей;

- при проведении диспансеризации – 3 138,6 рублей, в том числе углубленной диспансеризации – 2 361,3 рублей;
- при проведении диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин -1 944,2 руб., в том числе: - женщин – 3070,1 рублей; мужчин – 763,4 рублей;
- при проведении посещений с иными целями – 442,4 рублей;
- при проведении посещений в неотложной форме – 1 056,0 рублей;
- при проведении обращений в связи с заболеваниями – 2 075,0 рублей из них;
- при проведении консультаций с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой – 381,8 рублей;
- при проведении консультаций с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями – 338,0 рублей;
- при проведении отдельных диагностических (лабораторных) исследований (медицинских услуг) – 2315,2 рублей, в том числе:
 - при проведении компьютерной томографии – 3 456,1 рубль;
 - при проведении магнитно-резонансной томографии – 4 719,0 рублей;
 - при проведении ультразвукового исследования – 745,6 рублей;
 - при проведении эндоскопических диагностических исследований – 1367,0 рублей;
 - при проведении молекулярно-генетического исследования с целью диагностирования онкологических заболеваний – 10 746,7 рублей;
 - при проведении патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью выявления онкологических заболеваний – 2650,3 рублей;
 - при проведении ПЭТ-КТ при онкологических заболеваниях – 35 452,36 рублей (1,005 к доле з/п 21,44%);
 - при проведении ОФЭКТ/КТ – 4 883,9 рублей;
 - при проведении неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) – 14 583,1 рубль;
 - при проведении определения РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР – 1 107,8 рублей;
 - при проведении лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС) – 1 964,0 рублей;
 - при проведении школы для больных с хроническими заболеваниями, школы для беременных и по вопросам грудного вскармливания - 965,6 рублей, в том числе школа сахарного диабета – 1 421,9 рублей;

- при проведении диспансерное наблюдение – 3129,1 рублей, в том числе по поводу: онкологических заболеваний – 4 353,4 рублей; сахарного диабета – 1892,5 рублей; болезней системы кровообращения – 3699,1 рублей; работающих граждан – 3129,1 рублей;

- при проведении дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов - 1113,9 рублей, в том числе: пациентов с сахарным диабетом – 3670,0 рублей; пациентов с артериальной гипертензией – 968,9 рублей;

- при проведении посещений с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение – 3 242,0 рублей;

- при проведении комплексного посещения по профилю «Медицинская реабилитация» - 27305,6 рублей».

3.1.4. Базовый средний подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо на 01.01.2026г. составляет 1 891,06 руб., (приложение № 19).

3.1.5. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации включаются:

- расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме, а также при оказании неотложной медицинской помощи в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи - посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, посещения при оказании неотложной медицинской помощи;

- проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов: из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием;

- расходы на оплату проведения исследований на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа и новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (любым из методов);

- расходы на оплату проведения диспансерного наблюдения детского населения;

3.1.6. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации не включаются:

- расходы за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан по-

лис обязательного медицинского страхования;

- расходы за медицинскую помощь, оказанную в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

- расходы за медицинскую помощь, оказанную 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;

- расходы на проведение 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, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

- расходы на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья и диспансеризации детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

- расходы на проведение вторых этапов: диспансеризации, углубленной диспансеризации, диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья и диспансеризации детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

- расходы на проведение второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;

- расходы на проведение диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях (старше 18 лет) в том числе диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

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

- расходы на проведение медицинских услуг (медицинских вмешательств), входящих в комплексное посещение по профилактическим осмотрам, диспансеризации, диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья, диспансерному наблюдению, в случае, когда часть медицинских услуг (медицинских вмешательств) проведена и оплачена в рамках иных случаев оказания медицин-

ской помощи (включая иные виды медицинских осмотров, случаи госпитализации в стационарных условиях и случаи лечения в условиях дневного стационара);

- расходы на проведение дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом;

- расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями в том числе маломобильным гражданам, имеющим физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов;

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

- расходы на оказание медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

- расходы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилям «Стоматология», «Акушерство и гинекология»;

- расходы на оказание медицинской помощи в консультативных поликлиниках;

- расходы при проведении заместительной почечной терапии (услуг диализа в амбулаторных условиях);

- расходы на оказание медицинской помощи в кабинетах охраны зрения детей.

3.1.7. Подушевые нормативы финансирования для каждой медицинской организации определяются дифференцированно с учетом коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования.

3.1.8. Значение коэффициента дифференциации Республики Дагестан в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных Фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» равно 1,005.

3.1.9. Расчет коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации 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. В медицинской организации с учетом наличия у нее подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках

городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц применяются следующие коэффициенты дифференциации КДот в размере;

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, – не менее 1,113;

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – не менее 1,04.

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации КДОТ, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения

Значения коэффициентов дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации 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, приведены в приложении №20.

3.1.10. Значения коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Дагестан, по каждой медицинской организации приведены в приложении №19.

3.1.11. С целью учета различий в потреблении медицинской помощи устанавливаются коэффициенты половозрастного состава. Коэффициенты половозрастного состава рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования численность застрахованных лиц в Республике Дагестан распределяется на следующие половозрастные группы:

- 1) до года мужчины/женщины;
- 2) год – четыре года мужчины/женщины;
- 3) пять – семнадцать лет мужчины/женщины;
- 4) восемнадцать – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- 5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Коэффициенты половозрастного состава подушевого норматива рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период. Значения половозрастных коэффициентов в разрезе половозрастных

групп населения для медицинской помощи в амбулаторных условиях приведены в приложении №21.

3.1.12. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций, приведен в приложении № 19 к Тарифному соглашению.

3.1.13. Размер базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских пунктов/фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается в соответствии с обслуживаемым населением при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Минздрава России от 14.04.2025г. №202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Группа фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов по числу обслуживаемого (прикрепленного) населения	Поправочный коэффициент	Размер финансового обеспечения, руб.
		коэффициент дифференциации - 1,005
менее 100	0,5	770 684,25
101-800	1	1 541 368,5
801-1500	1	3 082 837,5
1501-2000	1	3 082 837,5
более 2000	1,5	4 624 256,25

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения ФП/ФАП.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение ФП/ФАП, включает в себя в том числе объем средств на оплату медицинской помощи в ФП/ФАП в неотложной форме.

Финансирование ФП/ФАП, на территории Республики Дагестан осуществляется при наличии лицензии.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов включает в себя в том числе расходы на оказание медицинской помощи в неотложной форме.

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

Перечень ФП/ФАП и объем средств, направляемых на их финансовое

обеспечение представлен в приложении № 26.

3.1.14. Перечень показателей результативности деятельности МО, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения), а также размеры и порядок осуществления выплат МО за достижение указанных показателей приведен в приложении №24.

3.1.15. Тариф 1 УЕТ по стоматологии – **251,03** руб.

Стоимость посещения (обращения) по стоматологии определяется путем произведения стоимости 1 УЕТ на количество УЕТ, составляющих каждое посещение (обращение).

3.1.16. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется за законченный случай лечения и учитывается как комплексное посещение, включающее в себя не менее 10 посещений (в среднем 10–12 посещений). В случаях, когда комплекс мероприятий по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях оказан пациенту не в полном объеме, оплате подлежат случаи с фактической кратностью посещений (дней реабилитации):

- 3 дня и менее – 20% от стоимости комплексного посещения;
- от 4 до 7 дней -50 % от стоимости комплексного посещения;
- от 8 до 9 дней – 80% от стоимости комплексного посещения.

Тарифы на оплату медицинской реабилитации в амбулаторных условиях представлены в приложении № 14.

3.1.17. Оплата посещения кабинета охраны зрения детей осуществляется за законченный случай лечения и учитывается как комплексное посещение, включающее в себя не менее 10 посещений. В случаях, когда комплекс мероприятий оказан пациенту не в полном объеме, оплате подлежат случаи с фактической кратностью посещений (дней посещений):

- 3 дня и менее – 20% от стоимости комплексного посещения;
- от 4 до 7 дней -50 % от стоимости комплексного посещения;
- от 8 дней и более – 100% от стоимости комплексного посещения.

Тарифы на оплату посещения кабинета охраны зрения детей представлены в приложении № 39.

3.1.18. Тарифы за единицу объема в амбулаторных условиях приведены в приложениях №2-2-д3, 3-3б, 4-4б, 5-5в, 6-6б, 11, 12-12б, 13-13-в, 14, 16, 17, 18, 22, 27, 32-а,37,39.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов

объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой на 2026 год составляет:

- в условиях круглосуточного стационара – **9 135,9 руб.;**
- в условиях дневного стационара – **2 051,4 руб.**

3.2.2. Размер нормативов финансовых затрат на 1 случай госпитализации, установленного Территориальной программой на 2026 год составляет:

а) в условиях круглосуточного стационара:

- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской реабилитации, - всего – **56 028,4 рублей**, в том числе:

для оказания медицинской помощи по профилю "онкология" – **103 535,3 рублей;**

стентирование коронарных артерий медицинскими организациями – **168 753,6 рублей;**

имплантация частотно-адаптированного кардиостимулятора взрослым медицинскими организациями – **260 691,0 рублей;**

эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца – **353 153,1 рубль;**

оперативные вмешательства на брахиоцефальных артериях (стентирование или эндартерэктомия) медицинскими организациями – **212 215,6 рублей;**

трансплантация почки – **1 306 428,0 рублей;**

- медицинская реабилитация в условиях круглосуточного стационара – **58 125,9 рублей;**

б) в условиях дневного стационара:

в условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), за исключением медицинской реабилитации – всего – **32 784,0 рублей**, в том числе:

для оказания медицинской помощи по профилю "онкология" – **80 542,5 рублей;**

для оказания медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении – **118 427,1 рубль;**

для оказания медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С – **63 120,9 рублей;**

- медицинская реабилитация в условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь) – **30 032,6 рублей;**

Установленный размер не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации.

3.2.3. Тариф законченного случая лечения в условиях круглосуточного и дневного стационара включает, в том числе, расходы медицинских организаций на выполнение в иных медицинских организациях необходимых пациенту кон-

сультативных, диагностических и (или) лечебных медицинских мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учётом стандартов медицинской помощи (протоколами лечения) по основному заболеванию, и (или) при обострении сопутствующего заболевания, и (или) возникающих острых состояниях от момента поступления до выбытия.

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

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

3.2.5. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационара, рассчитаны с учетом:

-средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) в условиях круглосуточного стационара с учетом коэффициента дифференциации – **34 304,18 руб.**

- средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) в условиях круглосуточного стационара без учета коэффициента дифференциации – **34 133,51 руб.**

- средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) в условиях дневного стационара с учетом коэффициента дифференциации – **18 638,12 руб.**

- средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) в условиях дневного стационара без учета коэффициента дифференциации – **18 545,39 руб.**

- коэффициента относительной затратоемкости (КЗксг), значение которого устанавливается на федеральном уровне;

- значение коэффициента дифференциации КД = 1,005;

- коэффициента специфики оказания медицинской помощи, значение которого устанавливается в диапазоне от 0,8 до 1,4;

- коэффициентов уровня (подуровня) медицинской организации (КУСмо).

3.2.6. Коэффициенты относительной затратоемкости определены с учетом статей затрат, предусмотренных структурой тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, установленной Федеральным законом № 326-ФЗ, выполнения целевых показателей уровня заработной платы работников медицинских организаций, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012

№597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», медицинских изделий и лекарственных, предусмотренных клиническими рекомендациями, традиционных продуктов диетического лечебного питания и специализированных пищевых продуктов диетического лечебного и диетического профилактического питания - смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов¹, включенных в нормы лечебного питания, утвержденные приказом Минздрава России от 21.06.2013 № 395н «Об утверждении норм лечебного питания».

3.2.7. Доля заработной платы в структуре затрат по перечню групп заболеваний в круглосуточном и дневном стационарах, состояний в разрезе КСГ приведена в приложениях №30, 31, соответственно.

3.2.8. Значения коэффициентов специфики по круглосуточному и дневному стационару приведены в приложениях №30, 31 соответственно.

Коэффициент специфики устанавливается для конкретной КСГ для регулирования уровня госпитализации или стимулирования МО к внедрению конкретных современных методов лечения.

Коэффициент специфики применяется к КСГ или КПП в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи. К подгруппам в составе КСГ коэффициент специфики не применяется.

Значение коэффициента специфики – от 0,8 до 1,4.

3.2.9. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

Значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи составляет:

- 1) для медицинских организаций 1-го уровня - 0,90;
- 2) для медицинских организаций 2.1-го уровня - 1,045;
- 3) для медицинских организаций 2.2-го уровня - 1,15;
- 4) для медицинских организаций 3-го уровня - 1,25.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в дневных стационарах равен 1.

3.2.10. Коэффициент сложности лечения пациентов (далее –КСЛП) учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях.

¹ Закупке подлежат специализированные продукты лечебного и диетического питания, смеси белковые композитные сухие, выпускаемые по ГОСТ 33933-2016 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Смеси белковые композитные сухие. Общие технические условия», и витаминно-минеральные комплексы, выпускаемые по ГОСТ Р 57106-2023 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Комплексы витаминно-минеральные в лечебном питании. Технические условия» и ГОСТ Р 58040-2017 «Комплексы витаминно-минеральные. Общие технические условия».

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

Случаи, в которых рекомендуется устанавливать КСЛП, и его значения приведены в приложении №33.

3.2.11. В стационарных условиях и в условиях дневного стационара расходы на медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий включены в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ.

3.2.12. Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в ТП ОМС, а также доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, приведены в приложении №35.

3.3. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

3.3.1 Размер базового норматива финансовых затрат на оплату скорой медицинской помощи – 5 125,9 рублей;

3.3.2. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо на 2026 год составляет 1305,97 руб.

3.3.3. Базовый средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо на 2026 год составляет 1295,58 руб. (приложение №28).

3.3.4. Значения коэффициента половозрастного состава и коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Дагестан по каждой медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, приведены в приложении №28.

3.3.5. Коэффициенты половозрастного состава подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи приведены в приложении №21.

3.3.6. Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи приведены в приложении № 27.

3.3.7. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, осуществляется за вызов, по тарифу скорой медицинской помощи (приложение №27).

При оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Республики Дагестан, другими станциями и отделениями СМП оплата производится в рамках межучрежденческих взаиморасчетов за счет подушевого норматива финансирования за фактическое количество вызовов, в соответствии с Порядком проведения межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями, приведенным в приложении №25.

При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

За счет средств ОМС не оплачивается медицинская помощь, оказанная неидентифицированным (в том числе неопознанным) или незастрахованным по ОМС пациентам, а также вызовы в связи с социально-значимыми заболеваниями.

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в Республике Дагестан проводится в форме медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с приказом Минздрава России от 19.03.2021г. №231н «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а так же ее финансового обеспечения», Правилами обязательного медицинского страхования утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019г. №108н, приказом Минздрава России от

16.03.2021г. №210н «Об утверждении порядка ведения единого реестра экспертов качества медицинской помощи».

4.1.1. В целях реализации пп. 209-210 Правил ОМС №496н от 21 августа 2025 года размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, рассчитывается по формуле:

$N = PT \times K_{но}$, где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$N = (PT_1 - PT_2) + PT_2 \times K_{но}$, где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

PT_1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT_2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

$K_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{шт}$), рассчитывается по формуле:

$C_{шт} = РП \times K_{шт}$, где:

$C_{шт}$ - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП - установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий

предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год (8 766,8 руб.), или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год (1 337,9 руб.) или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного (2 357,9 руб.) и круглосуточного стационаров (10 231,5 руб.), установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в приложении 36.

Если стоимость случая, подлежащего неоплате (неполной оплате) не является тарифом, утвержденным тарифным соглашением, или получена расчетным путем, в том числе с использованием доли оплаты прерванных случаев, то параметр РТ определяется как сумма, выставленная к оплате по законченному случаю лечения.

4.1.2. В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены, страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

4.2. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры в соответствии с приложением №36.

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с даты подписания уполномоченными представителями сторон и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января по 31 декабря 2026 года.

5.2. Изменения и дополнения в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

5.3. Тарифное соглашение составлено в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр соглашения хранится в

Министерстве здравоохранения РД, второй - в ТФОМС РД.

5.4. ТФОМС РД доводит Тарифное соглашение, а также изменения и дополнения к нему до сведения всех участников системы ОМС Республики Дагестан путем размещения на официальном сайте в сети «Интернет», а также на сайте Министерства здравоохранения РД.

5.5. Настоящее Тарифное соглашение действует до вступления в силу Тарифного соглашения в новой редакции.

5.6. В случае возникновения разногласий по применению Тарифного соглашения любой участник ОМС вправе обратиться в Министерство здравоохранения РД и ТФОМС РД для разъяснений. Указанными разъяснениями участники ОМС руководствуются при проведении переговоров и разрешении возникших разногласий. При неурегулировании разногласий в процессе переговоров споры разрешаются в Арбитражном суде РД.

5.7. Неотъемлемой частью Тарифного соглашения являются:

- перечень МО по условиям оказания медицинской помощи, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан, в том числе оказывающих медицинскую помощь в рамках межучрежденческих взаиморасчетов (приложение №1);
- перечень МО, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара в разрезе по уровням (приложение №1.1);
- перечень МО, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (приложение №1.2);
- перечень МО, в которых функционируют отделения амбулаторной травмы (приложение №1.3);
- перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не имеющих прикрепленного населения, оплата которой осуществляется за единицу объема (приложение №1.4);
- перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в консультативных поликлиниках и не имеющих прикрепленного населения, оплата которой осуществляется за единицу объема (приложение №1.4.1);
- перечень МО, участвующих в подушечном финансировании скорой медицинской помощи, оказанной в сфере ОМС на территории Республики Дагестан (приложение №1.5);
- перечень МО, имеющих прикрепленное население и участвующих в подушечном финансировании амбулаторной медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи, оказанной в сфере обязательного медицинского страхования по разным категориям населения в разрезе блоков с учетом блока оценки качества оказания медицинской помощи (приложение №1.6);

- перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в кабинетах охраны зрения детей, оплата которой осуществляется за единицу объема (приложение №1.7);
- перечень МО, оказывающих процедуру ЭКО (приложение №1.8.);
- коды и тарифы диспансеризации взрослого населения в соответствии с приказом Минздрава России 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (приложение № 2);
- коды и тарифы диспансеризации взрослого населения с использованием мобильных бригад в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (приложение № 2-а);
- коды и тарифы диспансеризации взрослого населения, в том числе в вечерние часы и в субботу, в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (приложение № 2-б);
- коды и тарифы диспансеризации взрослого населения по месту работы или учебы в соответствии с приказом Минздрава России 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (приложение № 2-в);
- коды и тарифы к порядку проведения Первого этапа углубленной диспансеризации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (приложение № 2-г);
- коды и тарифы к порядку проведения первого этапа углубленной диспансеризации с использованием мобильных бригад граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (приложение № 2г-1);
- коды и тарифы к порядку проведения первого этапа углубленной диспансеризации в вечерние часы и в субботу граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (приложение № 2г-2);
- коды и тарифы к порядку проведения первого этапа углубленной диспансеризации по месту работы или учебы граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (приложение № 2г-3);
- коды и тарифы исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (приложение № 2-д);

-коды и тарифы исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации с использованием мобильных бригад взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (приложение № 2д-1);

-коды и тарифы исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации в вечерние часы и в субботу взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (приложение № 2д-2);

-коды и тарифы исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации по месту работы или учебы взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (приложение № 2д-3);

- коды и тарифы к порядку проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденному приказом Минздрава России № 212н от 14.04.2025г. (приложение № 3);

- коды и тарифы к порядку проведения диспансеризации с использованием мобильных бригад пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденному приказом Минздрава России № 212н от 14.04.2025г. (приложение № 3-а);

- коды и тарифы к порядку проведения диспансеризации , в том числе в вечерние часы и в субботу, пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденному приказом Минздрава России № 212н от 14.04.2025г. (приложение № 3-б);

- коды и тарифы к порядку проведения диспансеризации детей - сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в соответствии с порядком, определенным приказом Минздрава России № 275н от 21.04.2022г. (приложение № 4);

- коды и тарифы к порядку проведения диспансеризации с использованием мобильных бригад детей - сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в соответствии с порядком, определенным приказом Минздрава России № 275н от 21.04.2022г. (приложение № 4-а);

- коды и тарифы к порядку проведения диспансеризации , в том числе в вечерние часы и в субботу, детей - сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в соответствии с

порядком, определенным приказом Минздрава России № 275н от 21.04.2022г. (приложение № 4-б);

- коды и тарифы профосмотров взрослого населения в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (приложение №5);

- коды и тарифы профосмотров взрослого населения с использованием мобильных бригад в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (приложение №5-а);

- коды и тарифы профосмотров взрослого населения, в том числе в вечерние часы и в субботу, в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (приложение №5-б);

- коды и тарифы профосмотров взрослого населения по месту работы или учебы в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 №404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (приложение №5в);

- коды и тарифы к порядку прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №211н от 14.04.2025г. (приложение №6);

- коды и тарифы к порядку прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров с использованием мобильных бригад, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденному приказом Минздрава России №211н от 14.04.2025г. (приложение №6-а);

- коды и тарифы к порядку прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе в вечерние часы и в субботу, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденному приказом Минздрава России №211н от 14.04.2025г. (приложение №6-б);

- коды тарифов и тарифы на оказание неотложной медицинской помощи (приложение №7);

- коды тарифов и тарифы на посещения с профилактическими и иными целями (приложение №8);

- коды тарифов и тарифы на обращения по поводу заболевания, оказанные амбулаторно-поликлиническими учреждениями по ОМС

(приложение №9);

- коды тарифов и тарифы посещения на дому (приложение №10);
- коды тарифов и тарифы для консультативных поликлиник (приложение №11);

- коды тарифов и тарифы для школ сахарного диабета (приложение №12);
- коды тарифов и тарифы комплексного посещения школ с хроническими неинфекционными заболеваниями, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания в расчете на 1 пациента (приложение №12-а);

- коды тарифов и тарифы комплексных посещений в рамках дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов в расчете на 1 пациента (приложение №12-б);

- коды тарифов и тарифы на диспансерное наблюдение взрослого населения (приложение №13);

- коды тарифов и тарифы на диспансерное наблюдение детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме» (приложение №13-а);

- коды тарифов и тарифы на диспансерное наблюдение детей, за исключением проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме (приложение №13-б);

- коды тарифов и тарифы на диспансерное наблюдение работающих граждан по месту осуществления служебной деятельности (по месту работы) (приложение №13-в);

- коды тарифов и тарифы на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях (приложение №14);

- коды тарифов и тарифы на оказание диагностических услуг (приложение №15);

- коды тарифов и тарифы на оказание отдельных диагностических исследований (приложение №16);

- коды и количество УЕТ на стоматологические услуги, оказываемые за счет средств обязательного медицинского страхования на территории Республики Дагестан (приложение №17);

- коды тарифов и тарифы на проведение процедуры гемодиализа (приложение №18);

- дифференцированный подушевой норматив для МО, оказывающих амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь (приложение №19);

- перечень МО (отдельных структурных подразделений медицинских организаций), для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации 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 (приложение №20);

- половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинской помощи в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи (приложение №21);

- тариф консультации при оказании медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий в разрезе условий (приложение №22);

- порядок расчета и оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в том числе с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) (приложение №23);

- порядок оплаты с применением показателей результативности деятельности медицинских организаций (приложение №24);

- порядок проведения межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями (приложение №25);

- перечень фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, для которых устанавливается размер финансового обеспечения в соответствии с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения (приложение №26);

- тарифы скорой медицинской помощи, дифференцированные по вызовам (приложение №27);

- дифференцированный подушевой норматив финансирования для МО, оказывающих скорую медицинскую помощь (приложение №28);

- порядок расчета и оплаты скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (приложение №29);

- тарифы на стационарную медицинскую помощь в Республике Дагестан в разрезе по уровням и подуровням (приложение №30);

- тарифы на медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара в Республике Дагестан (приложение №31);

- коды тарифов и тарифы посещений с иными целями центров здоровья (приложение №32);

- коды тарифов и тарифы комплексных посещений центров здоровья (центров медицины здорового долголетия) в разрезе этапов для взрослого населения (приложение №32-а);

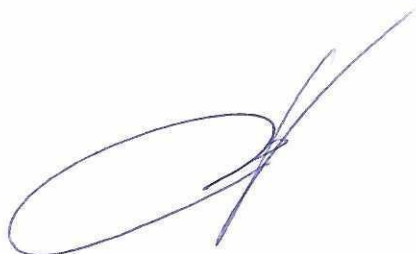
- перечень случаев, для которых установлен КСЛП (приложение №33);

- подходы к оплате отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ или КПП, в том числе прерванных случаев лечения (приложение №34);

- перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи на 2026 год (приложение №35);
- перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (приложение №36);
- тарифы на проведение лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (приложение №37);
- тарифы консультаций медицинского психолога в кабинете медико-психологического консультирования в амбулаторных условиях (приложение №38);
- коды тарифов и тарифы комплексного посещения кабинета охраны зрения детей (приложение №39);

Подписи сторон:

Министр здравоохранения
Республики Дагестан
(председатель Комиссии)



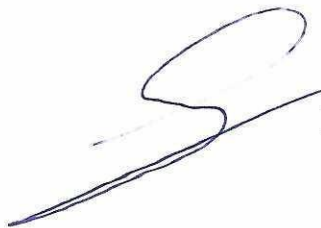
Глазов Я. Н.

Директор Территориально-
го фонда обязательного
медицинского страхования
Республики Дагестан



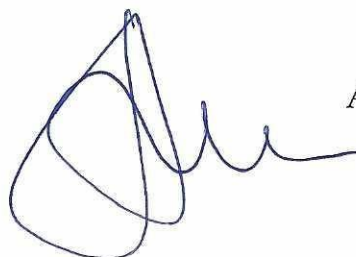
Гудов А.Г.

Заместитель министра
здравоохранения Респу-
блики Дагестан



Мирзоев А.И.

Заместитель директора
Территориального фонда
обязательного медицин-
ского страхования Респу-
блики Дагестан (секретарь
Комиссии)

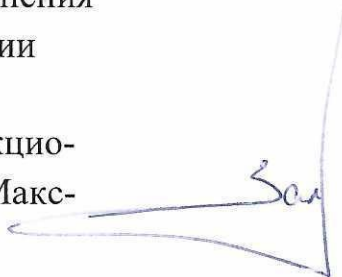


Ахмедов М.-А.Г.

Председатель Дагестан-
ской республиканской ор-
ганизации профсоюза ра-
ботников здравоохранения
Российской Федерации

Бучаева З.К.

Директор филиала акцио-
нерного общества «Макс-
М» в г. Махачкале



Залбеков Д.М.

Заместитель директора
филиала акционерного
общества «Макс-М» в
г.Махачкале



Исмаилова А. Р.

Председатель региональ-
ного отделения обще-
ственной организации
«Первая общероссийская
ассоциация врачей частной
практики» в Республике
Дагестан



Аскерханов Г. Р.

Председатель правления
региональной обществен-
ной организации «Даге-
станское медицинское об-
щество».



Танкаева Х.С.