

Приложение № 2

в редакции Дополнительного соглашения
от 27.02.2026 № 2 к Тарифному соглашению
в сфере обязательного медицинского страхования
на территории Нижегородской области на 2026 год
от 29 декабря 2025 года

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, за исключением амбулаторно-поликлинической помощи по профилю «стоматология»

1. Виды медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования:

- 1) консультативный прием врачами-специалистами (подразделы 1.1, 2.1 Приложения № 9 к Тарифному соглашению);
- 2) посещения с иными целями (подразделы 1.1, 1.2 Приложения № 10 к Тарифному соглашению) за исключением медицинской помощи, оказанной специалистами по профилю «акушерство и гинекология»;
- 3) обращения в связи с заболеваниями (подразделы 1.1, 1.2 Приложения № 11 к Тарифному соглашению), за исключением медицинской помощи, оказанной специалистами по профилю «акушерство и гинекология»;
- 4) неотложная медицинская помощь (раздел 1 Приложения № 12 к Тарифному соглашению);
- 5) лабораторно-диагностические исследования, входящие в стандарты оказания медицинской помощи и клинические рекомендации (за исключением КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, МГИ, ПАИ, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, включая все виды сцинтиграфических исследований, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение 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), являющиеся обязательством МО-Фондодержателя (Приложение № 13.5 к Тарифному соглашению);
- 6) однократное определение уровня липопротеида (а) в крови у всех пациентов в возрасте 18 - 40 лет (Приложение № 13.5 к Тарифному соглашению);
- 7) 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 (Приложение № 13.5 к Тарифному соглашению);
- 8) медицинская помощь с применением телемедицинских (дистанционных)

технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения (раздел 2 Приложения № 11 к Тарифному соглашению);

9) медицинская помощь, оказанная пациентам в кабинете «Диабетическая стопа» (Приложение № 13.6 к Тарифному соглашению).

Оплата услуг, указанных в Приложении № 13.5 к Тарифному соглашению, осуществляется по тарифам из средств МО-Фондодержателя как внешняя услуга для МО-Исполнителей, включенных в перечень медицинских организаций, согласно Приложению № 1 к данному Порядку.

Внешние медицинские услуги оплачиваются по тарифу за медицинскую услугу, за посещение, за обращение, которые формируются следующим образом:

$$\text{Тариф}_{\text{на посещение/обращение/услугу}} = \text{БТ} \times K_{\text{ур(АПП)}} \times K_{\text{мб}}, \text{ где}$$

БТ - базовые тарифы на оплату АПП на 1 посещение/обращение/услугу (подразделы 1.1, 2.1 Приложения № 9 к Тарифному соглашению, раздел 1 Приложений № 10, 11 к Тарифному соглашению);

$K_{\text{ур(АПП)вн}}$ - коэффициент уровня оказания АПП (применяется для формирования тарифа для взаиморасчетов за внешние медицинские услуги);

$K_{\text{мб}}$ - повышающий коэффициент равный 1,2, применяется только при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами (за исключением оказания медицинской помощи, оказанной поездами здоровья), в остальных случаях данный коэффициент равен 1.

Таблица № 1

$K_{\text{ур(АПП)вн}}$	МО 1 уровня*	МО 2 уровня*	МО 3 уровня*
по посещению и/или обращению к врачам	1	1,01	1,02

* уровень оказания амбулаторной помощи в соответствии с приказом Министерства об уровнях системы оказания медицинской помощи населению Нижегородской области на соответствующий финансовый год.

Взаиморасчеты за внешние медицинские услуги, оказанные МО-Исполнителями застрахованным лицам, прикрепившимся к МО-Фондодержателю, проводит СМО. Внешние медицинские услуги оплачиваются СМО за посещение, обращение (законченный случай), медицинскую услугу по действующим тарифам за единицу объема медицинской помощи ОМС и удерживаются из суммы окончательного расчета с МО-Фондодержателя.

Оплата АПП, оказанной лицу, застрахованному на территории Нижегородской области, но не прикрепленному к МО-Фондодержателю, в том числе в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения АПП, осуществляется по тарифу за единицу объема медицинской помощи.

Оплата АПП, оказанной лицу, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется по тарифу за единицу объема медицинской помощи.

Тарифным соглашением устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах.

2. Порядок применения тарифов по ОМС при оказании медицинской помощи в рамках посещений с иными целями

2.1. Тарифы на оплату посещений с иными целями к врачам-специалистам указаны в Приложении № 10 к Тарифному соглашению.

При повторном посещении врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, к оплате предъявляется одно посещение.

Оплата посещения к врачу-онкологу с целью введения лекарственных препаратов в амбулаторных условиях осуществляется по двум тарифам: прием врача-онколога и подкожное либо внутримышечное, либо внутривенное введение лекарственных препаратов (без учета их стоимости под наблюдением врача-онколога). Прием врача онколога включает в себя затраты по осмотру пациента до и после введения лекарственных препаратов.

При неукomплектованности, либо недостаточной укомплектованности штатной численности врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), а также при их временном отсутствии во врачебных амбулаториях, участковых больницах, оплате за счет средств ОМС в рамках подушевого финансирования АПП подлежат посещения к фельдшеру при наличии соответствующего приказа главного врача медицинской организации, в котором указываются, в том числе причины возложения на фельдшера, отдельных функций лечащего врача, перечень отдельных функций лечащего врача, возлагаемых на фельдшера. Оплата данного вида медицинской помощи осуществляется по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением (Приложение № 10, 11).

2.2. Порядок применения тарифов по ОМС при оказании консультативной медицинской помощи амбулаторного приема.

Оплата амбулаторно-консультативного приёма к врачам-специалистам осуществляется по тарифам в рамках подушевого норматива финансирования на оплату АПП по ОМС (Приложение № 9 к Тарифному соглашению) и удерживаются СМО из суммы окончательного расчета с МО-Фондодержателя, как внешняя услуга.

В реестр не включаются:

- консультации врачами-специалистами-консультантами больных, находящихся на лечении в стационаре;
- консультации амбулаторных больных врачами стационара по заявкам врачей-специалистов-консультантов.

Особые случаи оплаты медицинской помощи в консультативных

поликлиниках:

- в день плановой госпитализации пациента в стационар медицинской организации, имеющей в своей структуре консультативную поликлинику, в соответствии с Положением о госпитализации в медицинские организации III уровня для оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства от 12.03.2015 № 993 «О госпитализации в медицинские организации III уровня для оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи», амбулаторная помощь в консультативной поликлинике данных медицинских организаций оплате не подлежит;

- в случае если по результатам посещения врача-специалиста консультативной поликлиники требуется проведение дополнительного исследования для уточнения диагноза/состояния, консультация данного врача-специалиста не может считаться завершенной. Повторное посещение в один день врача той же специальности с целью оценки результата проведенного дополнительного исследования отдельной оплате не подлежит, так как является продолжением консультативного приема и рассматривается как один законченный случай.

В стоимость медицинской услуги А23.10.002 «Программирование постоянного имплантируемого антиаритмического устройства», оказываемой в рамках консультативного приема, включены затраты приема врача-кардиолога или врача-детского кардиолога.

Оплата консультативного приема к врачу-ревматологу детского населения с целью введения генно-инженерных биологических лекарственных препаратов в амбулаторных условиях осуществляется по двум тарифам: на прием врача-ревматолога и тарифам на подкожное либо внутримышечное введение генно-инженерных биологических лекарственных препаратов (без учета их стоимости под наблюдением врача-ревматолога). Прием врача-ревматолога включает в себя затраты по осмотру пациента до и после введения лекарственных препаратов.

2.3. Порядок применения тарифов по ОМС при оказании медицинской помощи по поводу заболевания.

Оплате подлежат обращения по поводу заболевания - за конченный случай амбулаторного лечения одного или нескольких заболеваний, входящих в одну рубрику МКБ-10 и/или являющихся следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, и/или осложнением основного заболевания, при кратности не менее двух, включая необходимые диагностические обследования и посещения врачей-специалистов. Обращение предъявляется к оплате по утвержденным настоящим Тарифным соглашением тарифам за обращение с учетом коэффициента уровня оказания АПП (Приложение № 11 к Тарифному соглашению).

В случае если посещения с профилактической и/или иными целями пересекаются со сроками законченного случая амбулаторного лечения (обращения), посещения оплате дополнительно к тарифу обращения не подлежат.

2.4. Порядок применения тарифов по ОМС при оказании медицинской помощи в ЦАОП.

Оплата амбулаторной медицинской помощи в ЦАОП осуществляется по

следующим видам тарифов:

- посещение к врачу-онкологу (Приложение № 10 к Тарифному соглашению);
- обращение к врачу-онкологу (Приложение № 11 к Тарифному соглашению).

Дополнительно к тарифу «Обращение к врачу-онкологу» оплачиваются необходимые лабораторно-диагностические исследования, входящие в стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации:

- по отдельному тарифу за единицу объема: УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопические исследования, КТ, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, МРТ, ПАИ, МГИ;
- в рамках подушевого норматива финансирования: медицинские услуги, указанные в Приложении № 13.5 к Тарифному соглашению.

2.5. Порядок применения тарифов по ОМС при оказании медицинских услуг УЗИ.

В случае одновременного проведения медицинских услуг «Ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное» (код услуги A04.20.001) и «Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное» (код услуги A04.20.001.001) к оплате предъявляется медицинская услуга «Ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)» (Приложение № 13.5 к Тарифному соглашению).

2.6. Порядок применения тарифов по ОМС при оказании медицинской помощи в кабинете «Диабетическая стопа».

Мероприятия, проводимые в рамках кабинета «Диабетической стопы», представлены в таблице № 2.

Таблица № 2

Риск развития	Показания для направления в кабинет «Диабетической стопы»	Коды МКБ-10	Наименование услуги	Частота визитов
Умеренный	Диабетическая нейропатия (отсутствие тактильной (защитной) и болевой чувствительности) или наличие облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей (стеноз >70%) без критической ишемии) и/или 0,9 > лодыжечно-плечевой индекс ≥ 1,3	Диабетическая полинейропатия: E10.4, E11.4, E12.4, E13.4, E14.4 Диабетическая ангиопатия (без язв): E10.5, E11.5, E12.5, E13.5, E14.5	Диагностика и профилактика: «Скрининг синдрома диабетической стопы»	1 раз в год
Высокий	1. Сочетание диабетической нейропатии+облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей (стеноз >70%) 2. Сочетание нейропатии +деформация стопы любого генеза (молоткообразные пальцы и др.) 3. Сочетание облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей (стеноз >70%) и/или 0,9 > лодыжечно-плечевой индекс ≥ 1,3 + деформация стопы любого генеза (молоткообразные пальцы и	Диабетическая полинейропатия: E10.4, E11.4, E12.4, E13.4, E14.4; Диабетическая ангиопатия (без язв): E10.5, E11.5, E12.5, E13.5, E14.5; Сахарный диабет с множественными осложнениями: E10.7, E11.7, E12.7, E13.7, E14.7	Диагностика и профилактика: «Скрининг синдрома диабетической стопы»	2 раза в год

17

	др.) Виды деформации стопы: - посттравматическая; - наружное искривление большого пальца (hallus valgus); - тугоподвижность межфаланговых суставов; - внутреннее искривление большого пальца (hallus varus).			
Очень высокий	Диабетическая нейропатия или облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (стеноз >70%) и/или 0,9 > лодыжечно-плечевой индекс $\geq 1,3$ в сочетании с: язвой стопы в анамнезе (СДС) и/или состояние после ампутации пальцев, части стопы, нижней конечности на уровне голени/ бедра и/или ХБП на стадии С5Д (заместительная почечная терапия ХСН со сниженной фракцией выброса (ХСН III- IV стадии по NYHA)	Диабетическая полинейропатия: E10.4, E11.4, E12.4, E13.4, E14.4 Диабетическая ангиопатия (без язв) E10.5, E11.5, E12.5, E13.5, E14.5 Сахарный диабет с множественными осложнениями: E10.7, E11.7, E12.7, E13.7, E14.7; M14.2 - Диабетическая артропатия (E10- E14+ с общим четвертым знаком .6) M14.6 Невропатическая артропатия	Диагностика и профилактика: «Скрининг синдрома диабетической стопы» Лечение (диабетической нейроостеоартропатии): «Диагностика и лечение диабетической нейроостеоартропатии. Наложение индивидуальной разгрузочной повязки»	4 раза в год
Синдром диабетической стопы	1. Пациенты с сахарным диабетом, пролеченные в стационаре и выписанные на лечение по поводу заболеваний нижних конечностей (с наличием синдрома диабетической стопы в настоящее время) 2. Диабетическая нейроостеоартропатии с раневыми дефектами мягких тканей стопы 3. Синдром диабетической стопы характеризуются наличием длительно незаживающих ран стоп: - открытая рана области голеностопного сустава и стопы (S91) - открытая рана одного или нескольких пальцев стопы без повреждения ногтевой пластинки (S91.1) - открытая рана пальца (ев) стопы с повреждением ногтевой пластинки (S91.2) - открытая рана других частей стопы (S91.3) - множественные открытые раны голеностопного сустава и стопы (S91.7)	Диабетическая полинейропатия: E10.4, E11.4, E12.4, E13.4, E14.4 Диабетическая ангиопатия (без язв): E10.5, E11.5, E12.5, E13.5, E14.5 Сахарный диабет с множественными осложнениями: E10.7, E11.7, E12.7, E13.7, E14.7; M14.2 - Диабетическая артропатия (E10- E14+ с общим четвертым знаком .6) при наличии раневого дефекта мягких тканей стопы M14.6 Невропатическая артропатия при наличии раневого дефекта мягких тканей стопы	Диагностика и профилактика: «Скрининг синдрома диабетической стопы» Лечение (ран нижних конечностей): «Диагностика и лечение ран нижних конечностей у пациентов с синдромом диабетической стопы» Лечение (диабетической нейроостеоартропатии): «Диагностика и лечение диабетической нейроостеоартропатии. Наложение индивидуальной разгрузочной повязки»	6 раз в год

Перечень услуг, оказываемых в кабинете «Диабетическая стопа», представлен в Приложении № 13.6 к Тарифному соглашению.

Медицинская помощь пациентам с риском развития синдрома диабетической стопы в кабинете «Диабетическая стопа» оплачивается в рамках подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях за комплексное посещение, за исключением медицинской услуги «Ультразвуковая доплерография артерий нижних конечностей» (код услуги А04.12.001.001), оплата которой осуществляется по отдельному тарифу за единицу объема в рамках норматива УЗИ сердечно-сосудистой системы.

3. Порядок определения подушевого финансирования МО-Фондодержателя

3.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования.

Средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях, устанавливаемый в соответствии с Требованиями, определяется по следующей формуле:

$$FO_{\text{CP}}^{\text{AMB}} = \frac{OC_{\text{AMB}}}{\text{Ч}_3}, \text{ где}$$

OC_{AMB} - объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, рублей;

Ч_3 - численность застрахованного населения Нижегородской области, человек.

Объем средств на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС по следующей формуле:

$$\begin{aligned} OC_{\text{AMB}} = & (NO_{\text{ПМО}} \times NFZ_{\text{ПМО}} + NO_{\text{ДИСП}} \times NFZ_{\text{ДИСП}} + NO_{\text{РЕПР}} \times NFZ_{\text{РЕПР}} + NO_{\text{ИЦ}} \\ & \times NFZ_{\text{ИЦ}} + NO_{\text{ОЗ}} \times NFZ_{\text{ОЗ}} + NO_{\text{Д(Л)И}} \times NFZ_{\text{Д(Л)И}} \\ & + NO_{\text{ШКОЛ}} \times NFZ_{\text{ШКОЛ}} + NO_{\text{НЕОТЛ}} \times NFZ_{\text{НЕОТЛ}} + NO_{\text{МР}} \times NFZ_{\text{МР}} + NO_{\text{ДН}} \\ & \times NFZ_{\text{ДН}} + NO_{\text{ЦЗ}} \times NFZ_{\text{ЦЗ}} + NO_{\text{ДИСТ}} \times NFZ_{\text{ДИСТ}}) \times \text{Ч}_3 - OC_{\text{МТР}} \end{aligned}$$

где

$NO_{\text{ПМО}}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

Но _{дисп}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;
Но _{репр}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;
Но _{иц}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
Но _{оз}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений;
Но _{д(л)и}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (медицинских услуг), установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, исследований;
Но _{школ}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, школах для беременных и по вопросам грудного вскармливания, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Но _{неотл}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
Но _{мр}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;
Но _{дн}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

Но _{цз}	средний норматив объема посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия) в амбулаторных условиях, включая диспансерное наблюдение, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;
Но _{дист}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, при дистанционном наблюдении за состоянием здоровья пациентов, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;
Нфз _{пмо}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;
Нфз _{дисп}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;
Нфз _{репр}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;
Нфз _{иц}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;
Нфз _{оз}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;
Нфз _{д(л)и}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (медицинских услуг), установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;
Нфз _{школ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, школах для беременных и по вопросам грудного вскармливания, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части

базовой программы, рублей;

Нфз _{НЕОТЛ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{МР}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ДН}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ЦЗ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия) в амбулаторных условиях, включая диспансерное наблюдение, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;
Нфз _{ДИСТ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях при дистанционном наблюдении за состоянием здоровья пациентов, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;
ОС _{МТР}	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей.

3.2. Расчет базового (среднего) подушевого норматива АПП на прикрепившихся лиц производится по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \left(\frac{ОС_{ПНФ} - ОС_{РД}}{Ч_3 \times СКД_{ОТ} \times СКД_{ПВ} \times КД} \right), \text{ где}$$

ОС _{ПНФ}	объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;
ОС _{РД}	объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей;

СКД _{от}	значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения 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;
СКД _{пв}	значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава;
КД	единый коэффициент дифференциации Нижегородской области, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Параметр СКД_{от} рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{СКД}_{\text{от}} = \frac{\sum(\text{КД}_{\text{от}}^i \times \text{Ч}_3^i)}{\sum(\text{Ч}_3^i)}, \text{ где}$$

КД _{от} ⁱ	значение 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, установленного тарифным соглашением для i-той медицинской организации;
Ч ₃ ⁱ	численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек.

По аналогичной формуле рассчитывается значение СКД_{пв}

Подушевой норматив АПП включает финансовые средства на оплату собственной деятельности МО-Фондодержателя, а также средства на оплату внешних медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях прикрепленным к МО-Фондодержателю лицам МО-Исполнителями.

3.3. Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средств на финансовое обеспечение ФАП/ФП/ФЗП, определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПНФ} = ОС_{АМБ} - ОС_{ФАП} - ОС_{Д(Л)И} - ОС_{ШКОЛ} - ОС_{НЕОТЛ}^1 - ОС_{ЕО} - ОС_{ПО} \\ - ОС_{ДИСП} - ОС_{РЕПР} - ОС_{ДН} - ОС_{ЦЗ} - ОС_{2ЭТ} - ОС_{ДИСТ} - ОС_{ТЕЛЕМЕД}$$

где

- $ОС_{ФАП}$ объем средств, направляемых на финансовое обеспечение ФАП/ФП/ФЗП в соответствии с установленными Территориальной программой ОМС размерами финансового обеспечения ФАП/ФП/ФЗП, рублей;
- $ОС_{Д(Л)И}$ объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (медицинских услуг) (КТ, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, МГИ и ПАИ), проведения неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови), определения РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, лабораторной диагностики для пациентов с хронически вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС), в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;
- $ОС_{ШКОЛ}$ объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи при ее оказании в школах для больных с хроническими инфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школах для беременных и по вопросам грудного вскармливания, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;
- $ОС_{НЕОТЛ}^1$ объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в приемном покое стационара (при пребывании пациента в приемном покое от 4 до 24 часов в целях оказания неотложной помощи с учетом выполнения дополнительных исследований и динамического наблюдения за пациентом), посещений в неотложной форме в травмпунктах, рублей;
- $ОС_{ЕО}$ объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Нижегородской области лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»), рублей;
- $ОС_{ПО}$ объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;

ОС _{дисп}	объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе углубленной диспансеризации), в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;
ОС _{РЕПР}	объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;
ОС _{ДН}	объем средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;
ОС _{ЦЗ}	объем средств, направляемых на оплату посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными факторами риска развития заболеваний, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;
ОС _{2 эт}	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, предоставляемой в рамках второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации, рублей;
ОС _{дист}	объем средств, направляемых на оплату дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;
ОС _{ТЕЛЕМЕД}	объем средств, направляемых на оплату 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 соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей.

3.3.1. Расчет финансового обеспечения ФАП/ФП/ФЗП и порядок оплаты приведен в Приложении № 3.5 к Тарифному соглашению.

3.3.2. Объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи в неотложной форме, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{неотл} = Н_{неотл} \times Нфз_{неотл} \times Чз$$

Средства, направляемые на оплату медицинской помощи в неотложной форме включены в подушевой норматив финансирования АПП, за исключением объема средств на оплату посещений в неотложной форме в приемном покое стационара (при пребывании пациента в приемном покое от 4 до 24 часов в целях оказания неотложной помощи с учетом выполнения дополнительных исследований и динамического наблюдения за пациентом) и посещений в травмпунктах.

Тарифы на врачебные посещения и посещения к среднему медицинскому персоналу по поводу оказания неотложной помощи (независимо от места оказания), указаны в подразделе 1.1 Приложения № 12 к Тарифному соглашению.

Тариф на посещение по оказанию неотложной помощи в приемном покое стационара при отсутствии необходимости динамического наблюдения за пациентом формируется с учетом стоимости приема (осмотра, консультации) врача приемного отделения (подраздел 1.2 Приложения № 12 к Тарифному соглашению), а также стоимости проведенных диагностических лабораторных и инструментальных исследований, согласно Приложению № 13.5 к Тарифному соглашению. В случае необходимости дополнительного проведения диагностических услуг, по которым на федеральном уровне в соответствии с Программой установлены отдельные нормативы финансовых затрат, оплата данных услуг осуществляется за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным в Приложениях №№ 13, 13.1, 13.2, 13.3, 13.4 к Тарифному соглашению.

Посещение приемного покоя с последующей госпитализацией в одной медицинской организации оплате не подлежит.

3.3.3. Объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным в Нижегородской области в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи ($ОС_{EO}$) включает в себя средства на оплату:

- стоматологической медицинской помощи (финансируемой по отдельному подушевому нормативу и за единицу объема);
- медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;
- услуг диализа;
- поездов здоровья;
- обращений по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

3.3.4. Порядок оплаты проведения профилактических медицинских осмотров приведен в Приложении № 3.6 к Тарифному соглашению.

3.3.5. Порядок оплаты проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе II этапа диспансеризации и углубленной диспансеризации) приведен в Приложении № 3.6 к Тарифному соглашению.

3.3.6. Порядок оплаты проведения диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья приведен в Приложении № 3.6 к Тарифному соглашению.

3.4. Расчет дифференцированных подушевых нормативов АПП.

На основе базового подушевого норматива АПП рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы АПП для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДП_{Н}^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{пв}^i \times КД_{ур}^i \times КД_{зп}^i \times КД_{от}^i \times КД^i, \text{ где}$$

$ДП_{Н}^i$ дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей;

$КД_{пв}^i$ коэффициент половозрастного состава, для i -той медицинской организации;

$КД_{ур}^i$ коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) для i -той медицинской организации;

$КД_{зп}^i$ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации для i -той медицинской организации;

$КД_{от}^i$ 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 для i -той медицинской организации;

$КД^i$ коэффициент дифференциации для i -той медицинской организации.

3.4.1. Расчет коэффициента $КД_{пв}$.

С целью учета различий в потреблении медицинской помощи в Нижегородской области учитываются 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.

Значения коэффициентов половозрастного состава представлены в Приложении № 23 к Тарифному соглашению.

3.4.2. Значения коэффициентов $КД_{ур}$ на территории Нижегородской области представлены в Приложении № 24 к Тарифному соглашению.

3.4.3. Коэффициент $KD_{\text{зп}}$ на территории Нижегородской области не применяется и для всех медицинских организаций принимается равным 1.

3.4.4. Расчет коэффициента $KD_{\text{от}}$.

$KD_{\text{от}}$ применяется в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями).

К подушевому нормативу АПП на прикрепившихся лиц таких медицинских организаций с учетом расходов на содержание медицинской организации и оплату труда персонала, исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий, применяются следующие коэффициенты дифференциации на прикрепившихся лиц 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.

Перечень медицинских организаций, соответствующих вышеуказанным требованиям, представлен в Приложении № 24.1 к Тарифному соглашению.

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации $KD_{\text{от}}$, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$KD_{\text{от}}^i = (1 - \sum D_{\text{от}j}) + \sum (KD_{\text{от}j} \times D_{\text{от}j}), \text{ где}$$

$KD_{\text{от}}^i$ 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, для i -той медицинской организаций (при наличии);

$D_{\text{от}j}$ доля населения, обслуживаемая j -ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);

$KD_{\text{от}j}$ коэффициент дифференциации, применяемый к j -ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на их содержание и оплату труда персонала.

3.5. Сумма финансирования по подушевому нормативу АПП, предназначенная для оплаты медицинской помощи, оказанной прикрепившимся к МО-Фондодержателю застрахованным лицам, рассчитывается ежемесячно, исходя из дифференцированного подушевого норматива АПП, численности застрахованных лиц, прикрепившихся к МО-Фондодержателю, сведения о которых отражены в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц Нижегородской области по состоянию на 1 число расчетного месяца. Сумма финансирования по подушевому нормативу АПП отражается в «Протоколе согласования численности застрахованных лиц, прикрепившихся к МО-Фондодержателю, оказывающему медицинскую помощь в амбулаторных условиях (за исключением профиля «стоматология»), и объемов финансовых средств подушевого финансирования» в разрезе СМО.

Размер финансового обеспечения медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования рассчитывается по формуле:

$$ОС_{пн} = ДП_n^i \times Ч_3^i + ОС_{рд}, \text{ где}$$

$ОС_{пн}$	финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей;
$ОС_{рд}$	объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке (далее - объем средств с учетом показателей результативности), рублей;
$ДП_n^i$	дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей.

Методика оценки показателей результативности деятельности МО - Фондодержателей определена в Приложение № 2.1 к Тарифному соглашению.

4. Расчет итогового объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи

Итоговый объем финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в конкретной медицинской организации определяется следующим образом:

$$ФО_{ФАКТ}^i = ОС_{дс}^i + ДП_n^i \times Ч_3^i + ОС_{фАП}^i + ОС_{д(л)и}^i + ОС_{ео}^i,$$

где

$ФО_{ФАКТ}^i$	фактический размер финансового обеспечения i-той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей;
---------------	---

- $OC_{ДС}^i$ объем средств, направляемых на оплату первичной-медико-санитарной помощи по КСТ, оказываемой в i -той медицинской организации в условиях дневного стационара, рублей;
- $OC_{Д(Л)и}^i$ объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, МГИ и ПАИ, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ) проведения неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови), определения РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, лабораторной диагностики для пациентов с хронически вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС) в i -той медицинской организации, рублей;
- $OC_{ЕО}^i$ объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i -той медицинской организации в амбулаторных условиях, вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Нижегородской области лицам (за исключением $OC_{Д(Л)и}^i$), рублей.

Приложение № 1
к Порядку оплаты медицинской помощи, оказанной
в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу
финансирования на прикрепившихся лиц,
за исключением амбулаторно-поликлинической
помощи по профилю «стоматология»

**Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги
в амбулаторных условиях, оплачиваемые по тарифу за единицу объема
из средств подушевого норматива финансирования МО-Фондодержателя**

№ п/п	Наименование медицинской организации
1.	ГБУЗ НО «Ардатовская центральная районная больница»
2.	ГБУЗ НО «Центральная городская больница г. Арзамаса»
3.	ГБУЗ НО «Арзамасская районная больница»
4.	ГБУЗ НО «Арзамасская городская больница № 1»
5.	ГБУЗ НО «Балахнинская центральная районная больница»
6.	ГБУЗ НО «Богородская центральная районная больница»
7.	ГБУЗ НО «Большеболдинская центральная районная больница»
8.	ГБУЗ НО «Большемурашкинская центральная районная больница»
9.	ГБУЗ НО «Борская центральная районная больница»
10.	ГБУЗ НО «Бутурлинская центральная районная больница»
11.	ГБУЗ НО «Вадская центральная районная больница»
12.	ГБУЗ НО «Варнавинская центральная районная больница»
13.	ГБУЗ НО «Вачская центральная районная больница»
14.	ГБУЗ НО «Ветлужская центральная районная больница имени доктора Гусева П.Ф.»
15.	ГБУЗ НО «Вознесенская центральная районная больница»
16.	ГБУЗ НО «Волжский межрайонный медицинский центр»
17.	ГБУЗ НО «Володарская центральная районная больница»
18.	ГБУЗ НО «Воротынская центральная районная больница»
19.	ГБУЗ НО «Воскресенская центральная районная больница»
20.	ГБУЗ НО «Выксунская центральная районная больница»
21.	ГБУЗ НО «Гагинская центральная районная больница»
22.	ГБУЗ НО «Дальнеконстантиновская центральная районная больница»
23.	ГБУЗ НО «Дивеевская центральная районная больница имени академика Н.Н.Блохина»
24.	ГБУЗ НО «Городская больница № 1 г. Дзержинска»
25.	ГБУЗ НО «Городская больница № 2 г. Дзержинска»
26.	ГБУЗ НО «Городская детская больница № 8 г. Дзержинска»

№ п/п	Наименование медицинской организации
27.	ГБУЗ НО «Княгининская центральная районная больница»
28.	ГБУЗ НО «Ковернинская центральная районная больница»
29.	ГБУЗ НО «Кстовская центральная районная больница»
30.	ГБУЗ НО «Кулебакская центральная районная больница»
31.	ГБУЗ НО «Лукояновская центральная районная больница»
32.	ГБУЗ НО «Межрайонный медицинский центр «Макарьевский»
33.	ГБУЗ НО «Межрайонный медицинский центр «Поветлужье»
34.	ГБУЗ НО «Навашинская центральная районная больница»
35.	ГБУЗ НО «Окский межрайонный медицинский центр»
36.	ГБУЗ НО «Первомайская центральная районная больница»
37.	ГБУЗ НО «Перевозская центральная районная больница»
38.	ГБУЗ НО «Пильнинская центральная районная больница»
39.	ГБУЗ НО «Покровский межрайонный медицинский центр»
40.	ГБУЗ НО «Северный межрайонный медицинский центр»
41.	ГБУЗ НО «Семеновская центральная районная больница»
42.	ГБУЗ НО «Сергачская центральная районная больница»
43.	ГБУЗ НО «Сеченовская центральная районная больница»
44.	ГБУЗ НО «Сокольская центральная районная больница»
45.	ГБУЗ НО «Сосновская центральная районная больница»
46.	ГБУЗ НО «Спасская центральная районная больница»
47.	ГБУЗ НО «Тонкинская центральная районная больница»
48.	ГБУЗ НО «Тоншаевская центральная районная больница»
49.	ГБУЗ НО «Уразовская центральная районная больница»
50.	ГБУЗ НО «Чкаловская центральная районная больница»
51.	ГБУЗ НО «Шарангская центральная районная больница»
52.	ГБУЗ НО «Шатковская центральная районная больница»
53.	ГБУЗ НО «Южный межрайонный медицинский центр»
54.	ГБУЗ НО «Городская больница № 24 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»
55.	ГБУЗ НО «Детская городская больница № 25 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»
56.	ГБУЗ НО «Городская больница № 37 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»
57.	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 40 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»
58.	ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 4 Канавинского района г. Нижнего Новгорода»

№ п/п	Наименование медицинской организации
59.	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 39 Канавинского района г. Нижнего Новгорода»
60.	ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 19 Канавинского района г. Нижнего Новгорода»
61.	ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 51 Канавинского района г. Нижнего Новгорода»
62.	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 10 Канавинского района г. Нижнего Новгорода»
63.	ГБУЗ НО «Городская больница № 33 Ленинского района г. Нижнего Новгорода»
64.	ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 18 Ленинского района г. Нижнего Новгорода»
65.	ГБУЗ НО «Городская больница № 47 Ленинского района г. Нижнего Новгорода»
66.	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 7 Ленинского района г. Нижнего Новгорода имени Е.Л. Березова»
67.	ГБУЗ НО «Детская городская клиническая больница № 27 «Айболит» Московского района г. Нижнего Новгорода»
68.	ГБУЗ НО «Городская больница № 28 Московского района г. Нижнего Новгорода»
69.	ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 17 Московского района г. Нижнего Новгорода»
70.	ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 7 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода»
71.	ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 21 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода»
72.	ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 22 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода»
73.	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 38 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода»
74.	ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства
75.	ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 1 Приокского района г. Нижнего Новгорода»
76.	ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 50 Приокского района г. Нижнего Новгорода»
77.	ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 1 Приокского района г. Нижнего Новгорода»
78.	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 34 Советского района г. Нижнего Новгорода»
79.	ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 30 Советского района г. Нижнего Новгорода»
80.	ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 31 Советского района г. Нижнего Новгорода»
81.	ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 35 Советского района г. Нижнего Новгорода»
82.	ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 39 Советского района г. Нижнего Новгорода»

№ п/п	Наименование медицинской организации
83.	ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 48 Советского района г. Нижнего Новгорода»
84.	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12 Сормовского района г. Нижнего Новгорода»
85.	ГБУЗ НО «Детская городская больница № 17 Сормовского района г. Нижнего Новгорода»
86.	ФГБУЗ «Клиническая больница № 50 Федерального медико-биологического агентства»
87.	Борская больница-филиал ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства
88.	Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Нижний Новгород»
89.	ЧЛПУ «Центр медицинской профилактики ГАЗ»
90.	ООО «ЗДОРОВЬЕ»
91.	ООО «Лечебно-диагностический центр «Семья и здоровье»
92.	ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко»
93.	ГАУЗ НО «Научно-исследовательский институт клинической онкологии «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер»
94.	ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр»
95.	ГБУЗ НО «Научно-исследовательский институт - специализированная кардиохирургическая клиническая больница им. академика Б.А.Королева»
96.	ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница»
97.	ГБУЗ НО «Детская городская клиническая больница № 1 Приокского района г. Нижнего Новгорода»
98.	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 3» (Нижегородский гериатрический центр)
99.	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода»
100.	ГБУЗ НО «Городская больница № 7 г. Дзержинска»
101.	ГБУЗ НО «Больница скорой медицинской помощи г. Дзержинска»
102.	ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр»
103.	ГБУЗ НО «Городская больница № 21 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»
104.	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»
105.	ГБУЗ НО «Родильный дом № 4 Ленинского района г. Нижнего Новгорода имени А.Ф. Добротинской»
106.	ГБУЗ НО «Родильный дом № 5 Московского района г. Нижнего Новгорода»

№ п/п	Наименование медицинской организации
107.	ГБУЗ НО «Родильный дом № 1 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода»
108.	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 29 Приокского района г. Нижнего Новгорода»
109.	ГБУЗ НО «Городская больница № 35 Советского района г. Нижнего Новгорода»
110.	ГБУЗ НО «Дзержинский госпиталь ветеранов войн имени А.М. Самарина»
111.	ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации