

Приложение № 3

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, за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)

1. Виды медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования:

- посещения центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), обслуживающих взрослое население (разделы 1, 2 Приложения № 8 к Тарифному соглашению);
- посещения центров здоровья, обслуживающих детское население (раздел 3 Приложения № 8 к Тарифному соглашению);
- консультативный прием взрослого и детского населения к врачу-акушеру-гинекологу (подразделы 1.2, 2.2 Приложения № 9 к Тарифному соглашению);
- консультативный прием взрослого и детского населения, осуществляемый специалистами выездных бригад «Поезд здоровья» (разделы 3, 4 Приложения № 9 к Тарифному соглашению);
- посещения с иными целями взрослого и детского населения к врачу-акушеру-гинекологу, в том числе с проведением пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка беременной женщины в кабинете антенатальной охраны плода*, врачу-терапевту (женской консультации), акушерке, в случае возложения отдельных функций лечащего врача акушера-гинеколога (раздел 2 Приложения № 10 к Тарифному соглашению);
- медицинская помощь с применением телемедицинских (дистанционных) технологий (раздел 2 Приложения № 11 к Тарифному соглашению):
 1. при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей;
 2. при оплате телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;
 3. при оплате телемедицинских консультаций жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;
 4. при оплате телемедицинских консультаций по профилю «акушерство и гинекология».

- обращения в связи с заболеваниями* к врачу-акушеру-гинекологу, врачу-терапевту (женской консультации), акушерке, в случае возложения отдельных функций лечащего врача акушера-гинеколога (раздел 3 Приложения № 11 к Тарифному соглашению);
- посещения школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания (раздел 4 Приложения № 11 к Тарифному соглашению);
- комплексные посещения на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» взрослого и детского населения (Приложение № 11.1 к Тарифному соглашению);
- посещения 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) (подраздел 2.1 Приложения № 12 к Тарифному соглашению);
- посещения в травмпунктах при оказании неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний (подраздел 2.2 Приложения № 12 к Тарифному соглашению);
- ПАИ (раздел 1 Приложения № 13 к Тарифному соглашению);
- МГИ (раздел 2 Приложения № 13 к Тарифному соглашению);
- ПЭТ/КТ (раздел 3 Приложения № 13 к Тарифному соглашению);
- ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ (раздел 4 Приложения № 13 к Тарифному соглашению);
- определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР (подраздел 5.1 Приложения № 13 к Тарифному соглашению);
- лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ХВГС) (подраздел 5.2 Приложения № 13 к Тарифному соглашению);
- неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) (раздел 6 Приложения № 13 к Тарифному соглашению);
- комплексные посещения по дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом (раздел 7 Приложения № 13 Тарифному соглашению);
- КТ (Приложение № 13.1 к Тарифному соглашению);
- МРТ (Приложение № 13.2 к Тарифному соглашению);
- УЗИ сердечно-сосудистой системы (Приложение № 13.3 к Тарифному соглашению);
- эндоскопические диагностические исследования (Приложение № 13.4 к Тарифному соглашению);
- комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров и первого этапа диспансеризации взрослого населения (Приложение № 14 к Тарифному соглашению);
- обращение по заболеванию при проведении 2 этапа диспансеризации

взрослого населения (Приложение № 14.1 к Тарифному соглашению);

- комплексные посещения для проведения углубленной диспансеризации определенных групп взрослого населения (Приложение № 14.2 к Тарифному соглашению);

- комплексные посещения для проведения диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья (Приложение № 14.3 к Тарифному соглашению);

- комплексные посещения для проведения диспансеризации пребывающих в стационарных организациях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью (Приложение № 15 к Тарифному соглашению);

- комплексные посещения для проведения диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме (Приложение № 15 к Тарифному соглашению);

- комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (Приложение № 16 к Тарифному соглашению);

- комплексные посещения для проведения диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях (Приложение № 17 к Тарифному соглашению);

- услуги диализа (Приложение № 22 к Тарифному соглашению);

- финансовое обеспечение ФАП/ФП/ФЗП (Приложение № 25 к Тарифному соглашению).

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью, посещений с иными целями, разовых посещений по поводу заболеваний, неотложной помощи и обращений по поводу заболеваний.

(*) - данные виды АПП оплачиваются по тарифу за 1 посещение и/или обращение к врачу-специалисту, который формируется следующим образом:

Тариф на посещение/обращение/услугу = БТ x $K_{ур(АПП)}$ x $K_{мб}$, где

БТ - базовые тарифы на оплату АПП на 1 посещение/обращение/услугу (подразделы 1.2, 2.2 Приложения № 9, раздел 2 Приложения № 10, раздел 3 Приложения № 11 к Тарифному соглашению);

$K_{ур(АПП)}$ – коэффициент уровня АПП.

Таблица № 1

$K_{ур(АПП)}$	МО 1 уровня**	МО 2 уровня**	МО 3 уровня**
по посещению и/или обращению к врачу	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

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

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

2.1. Оплата посещений с иными целями к врачам-специалистам осуществляется за одно посещение по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением (Приложение № 10).

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

2.2. Проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка беременной женщины в кабинете антенатальной охраны плода проводится в три этапа. При проведении первого этапа оплате подлежат:

- посещение к врачу-акушеру-гинекологу (для приема беременных);
- проведение ультразвукового скринингового исследования при сроке беременности 11 - 14 недели по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (скрининг I);
- забор образцов крови у беременных женщин для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А), свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина).

При проведении второго этапа оплате подлежат:

- посещение к врачу акушеру-гинекологу (для приема беременных);
- проведение ультразвукового скринингового исследования при сроке беременности 19 - 21 недели по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (скрининг II);
- ультразвуковое исследование шейки матки (УЗ-цервикометрия).

При проведении третьего этапа оплате подлежат:

- проведение ультразвукового исследования плода (плодов) в III триместре беременности (многоплодной беременности);
- проведение ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного кровотока.

Тарифы на вышеуказанные медицинские услуги установлены в разделе 2 Приложения № 10 к Тарифному соглашению. Медицинская услуга «Ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного кровотока» (код услуги А04.12.024), оплачивается по отдельному тарифу за единицу объема в рамках норматива УЗИ сердечно-сосудистой системы (Приложение № 13.3 к Тарифному соглашению).

Доабортное консультирование беременных женщин, включая консультацию психолога, в целях профилактики прерывания беременности, осуществляемое в соответствии с приказом Минздрава России от 19.12.2025 № 747н «О порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»,

оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования как профилактическое посещение к акушеру-гинекологу.

При неукomплектованности, либо недостаточной укомплектованности штатной численности врачами-акушерами-гинекологами, а также при их временном отсутствии во врачебных амбулаториях, участковых больницах, оплате за счет средств ОМС подлежат посещения к акушерке при наличии соответствующего приказа главного врача медицинской организации, в котором указываются, в том числе причины возложения на акушерку отдельных функций лечащего врача, перечень отдельных функций лечащего врача, возлагаемых на акушерку. Оплата данного вида медицинской помощи осуществляется по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением (раздел 2 Приложения № 10 и раздел 3 Приложения № 11).

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

Оплате подлежат обращения по поводу заболевания - законченный 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 по одному заболеванию или входящему в другой класс МКБ-10 у одного специалиста пересекаются со сроками законченного случая амбулаторного лечения (обращения), посещения оплате дополнительно к тарифу обращения не подлежат.

4. Порядок применения тарифов по ОМС при оказании неотложной помощи

4.1. Оплата посещения 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) осуществляется за единицу объема по тарифу, установленному в разделе 2 Приложения № 12 к Тарифному соглашению и применяется при оказании медицинской помощи только в следующих случаях:

1) необходимость наблюдения за пациентом до 24 часов в случае подозрения на острую хирургическую или гинекологическую патологию, приступа почечной колики;

2) оказание неотложной медицинской помощи и последующего наблюдения при ангионевротическом отеке, анафилактическом шоке и неуточненных аллергических состояниях, остром ларингите;

3) оказание неотложной медицинской помощи при попадании инородных тел в пищевод, глаза (A16.26.034, A16.26.051, A16.26.077, A16.26.148), ЛОР-органы;

4) необходимость наблюдения при функциональных нарушениях желудочно-кишечного тракта;

5) случаи проведения диагностических исследований женщинам в экстренном порядке для решения вопроса о необходимости госпитализации, в том числе при проведении УЗИ органов малого таза, плода, кардиотокографии, других необходимых исследований, а также наблюдения за пациенткой для исключения показаний к госпитализации при следующих нозологиях:

- патологические изменения, выявленные при ультразвуковом антенатальном обследовании матери (O28.3);

- другие отклонения от нормы, выявленные при антенатальном обследовании матери (O28.8);

- апоплексия яичника (N83) болевая и смешанная форма;

- признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери (O36.3);

- ложные схватки, начиная с 37 полных недель беременности (O47.1);

- болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом (N94);

6) оказание медицинской помощи пациентам с эпилепсией при установленном диагнозе;

7) оказание неотложной помощи и наблюдение за лихорадящим пациентом с острыми катаральными явлениями в период эпидемического подъёма острых респираторно-вирусных заболеваний;

8) оказание неотложной медицинской помощи детям при проведении амбулаторных хирургических и/или иных инвазивных вмешательств, требующих применения общего наркоза;

9) оказание неотложной помощи при укусах животных в случае проведения специфической иммунопрофилактики иммуноглобулином;

10) оказание неотложной помощи при переломах с выполнением манипуляции «Репозиция с применением анестезии (в том числе под наркозом)»;

11) оказание медицинской помощи пациентам с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (I48);

12) оказание неотложной помощи при вывихах с выполнением манипуляции «Вправление вывиха сустава с применением анестезии (в том числе под наркозом)» (A16.04.018);

13) выполнение операции торакоцентеза (A16.09.001);

14) выполнение лапароцентеза (дренаж перитонеальный) (A16.30.007);

15) хирургическая обработка раны или инфицированной ткани (A16.01.004) при ранах предплечья, запястья и кисти, голени, области голеностопного сустава и стопы, гнойных заболеваниях пальцев кисти;

16) выполнение операций цистостомии (A16.28.072), замены цистостомического дренажа (A16.28.072.001);

17) выполнение замены нефростомического дренажа (A16.28.052.001), чрескожной пункционной нефростомии (A11.28.011), чрескожной пункционной нефростомии под контролем УЗИ (A16.28.001.001);

18) оказание неотложной медицинской помощи в региональных сосудистых центрах при гипертензивной энцефалопатии (I67.4), острой цереброваскулярной недостаточности БДУ (I67.8), ишемии мозга (I67.8), цереброваскулярной болезни неуточненной (I67.9). Данный вид неотложной помощи оплачивается по отдельному тарифу подраздел 2.1 Приложения № 12 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.

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

4.2. Оплата оказания неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний в травмпункт, осуществляется по тарифу, установленному в подразделе 2.2 Приложения № 12 к Тарифному соглашению. Тариф включает в себя стоимость приема врача-травматолога-ортопеда/врача-хирурга/врача-детского хирурга, проведение медицинских манипуляций и диагностических инструментальных исследований.

5. Порядок применения тарифов по ОМС при посещении школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания

Тарифы на комплексное посещение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, установлены в разделе 4 Приложения № 11 к Тарифному соглашению. В стоимость тарифов включены затраты на 1 пациента в рамках 1 комплексного посещения. В зависимости от группы пациентов и продолжительности курса обучения комплексные посещения дифференцированы и включают в себя:

Таблица № 2

Код услуги	Школа\ Группа пациентов	МКБ-10 /прочие критерии	Комплексное посещение (курс обучения)
B04.015.001	Школа для больных с артериальной гипертензией (пациенты с установленным диагнозом АГ, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом, находящиеся под ДН)	I10-I15	5 занятий по 60 минут, а также закрепление практических навыков (тестирование)
	Школа для пациентов с ишемической болезнью сердца (пациенты с установленным диагнозом ИБС, в том числе	I20-I25	4 занятия по 60 минут, а также оценка знаний (тестирование)

	впервые в жизни установленным диагнозом, находящиеся под ДН)		
B04.015.002	Школа для больных с сердечной недостаточностью (пациенты с установленным диагнозом ХСН, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом, находящиеся под ДН)	I50	5 занятий по 60 минут, а также закрепление практических навыков (тестирование)
B04.025.004	Школа для пациентов с хронической болезнью почек (пациенты с установленным диагнозом ХБП, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом ХБП, находящиеся под ДН)	N18.1, N18.9	4 занятия по 60 минут, а также оценка знаний (тестирование), заполнение дневника пациента
	Школа для пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (пациенты с установленным диагнозом ХОБЛ, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом, находящиеся под ДН)	J44.0, J44.8, J44.9	5 занятий по 60 минут, а также закрепление практических навыков (тестирование), заполнение дневника пациента
B04.037.003	Школа для больных с бронхиальной астмой (пациенты с установленным диагнозом БА, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом БА, находящиеся под ДН)	J45.0, J45.1, J45.8, J45.9	5 занятий по 60 минут, а также закрепление практических навыков (тестирование), заполнение дневника пациента
	Школа для пациентов с хроническим гастритом и язвенной болезнью (пациенты с ХГ и ЯБ, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом, находящиеся под ДН)	K29.4, K29.5, K25, K26	4 занятия по 60 минут, а также оценка знаний (тестирование)
	Школа для пациентов с установленным диагнозом фибрилляция предсердий (пациенты с установленным диагнозом ФП, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом, находящиеся под ДН)	I48.0-I48.9	4 занятия по 60 минут, а также оценка знаний (тестирование), заполнение дневника пациента
	Школа активного долголетия (пациенты в возрасте 65 лет и старше)		4 занятия по 45-60 минут
	Школа для беременных и по вопросам грудного вскармливания		2 занятия по 40 минут

	Школа здорового образа жизни (пациенты по результатам ПМО и ДД)	Выявлен хотя бы один из поведенческих факторов риска	4 занятия по 45-60 минут
B05.069.008	Школа для пациентов с избыточной массой тела и ожирением (пациенты по результатам ПМО и ДД)	Выявлен фактор риска - ожирение с ИМТ 30,0-34,9 кг/м ² или избыточная масса тела с ИМТ 25,0-29,9 кг/м ²	4 занятия по 45-60 минут
B04.012.001	Школа для пациентов с сахарным диабетом (взрослые с сахарным диабетом 1 типа)	E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9	5 занятий по 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля
B04.012.001	Школа для пациентов с сахарным диабетом (взрослые с сахарным диабетом 2 типа)	E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9	5 занятий по 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля
B04.012.001	Школа для пациентов с сахарным диабетом (дети и подростки с сахарным диабетом)	E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9	10 занятий по 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля

Оплата осуществляется при условии проведения пациенту полного курса программ терапевтического обучения.

6. Порядок применения тарифов по ОМС при проведении отдельных видов диагностических услуг

Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований: КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, МГИ и ПАИ, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение 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) (далее - отдельные исследования) установлены Приложениями № 13, 13.1-13.4.

Назначение отдельных исследований осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

Лечащий врач, оказывающий первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, направляет пациентов на исследования

в медицинскую организацию в соответствии с порядком направления пациентов на отдельные исследования, установленным Министерством.

СМО осуществляет контроль назначения и выполнения отдельных исследований в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Оплата медицинской помощи осуществляется в пределах объемов, установленных решением Комиссии.

В случае отсутствия в медицинской организации, в которую пациент был направлен в соответствии с Порядком маршрутизации, возможности выполнить необходимое ему исследование, данное исследование выполняется ему в другой медицинской организации, оплата за выполненную услугу производится в рамках межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями.

Особые случаи оплаты медицинской помощи:

1. Оказываемой при проведении КТ и/или МРТ:

- при проведении КТ и/или МРТ с внутривенным болюсным контрастированием нескольких областей одному пациенту в один и тот же день оплате подлежит одна услуга по тарифу ОМС «КТ и/или МРТ с внутривенным болюсным контрастированием» и исследования остальных областей, с оплатой услуг по тарифу ОМС «КТ и/или МРТ»;

- в случае проведения КТ и/или МРТ без контрастирования нескольких областей одному пациенту в один и тот же день, оплате подлежит количество услуг равное количеству исследуемых областей по тарифу «КТ и/или МРТ».

Все виды КТ/МРТ, проводимые на госпитальном этапе (в период госпитализации пациента в круглосуточный стационар), как отдельные услуги не оплачиваются.

2. Оказываемой при проведении пациенту исследований в рамках УЗИ сердечно-сосудистой системы:

- при выполнении ультразвуковой доплерографии вен и артерий верхних либо нижних конечностей в один день в рамках одного исследования оплата производится по одному тарифу для комплексного исследования ультразвуковой доплерографии сосудов (артерий и вен) верхних либо нижних конечностей,

- при выполнении дуплексного сканирования вен и артерий верхних либо нижних конечностей в один день в рамках одного исследования оплата производится по одному тарифу для комплексного исследования дуплексного сканирования сосудов (артерий и вен) верхних либо нижних конечностей.

7. Порядок оплаты комплексного посещения при обращении по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» установлен в Приложении № 3.3 к Тарифному соглашению.

8. Порядок оплаты посещений для проведения диспансерного наблюдения граждан, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях установлен в Приложении № 3.4 к Тарифному соглашению.

9. Порядок оплаты комплексных посещений при проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации установлен в Приложении № 3.6 к Тарифному соглашению.

10. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по профилю стоматология, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи, установлен Приложением № 4 к Тарифному соглашению.

11. Порядок оплаты посещений центров здоровья (центров медицины здорового долголетия)

Оплата посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи - комплексное посещение.

Дифференцированные тарифы в разрезе медицинских услуг на оплату посещения с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия) в зависимости от вида приема пациента, включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний установлены в Приложении № 8 к Тарифному соглашению.

Одновременно с проведением обследования граждан с целью оценки функциональных и адаптивных резервов здоровья, выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний, включая риск пагубного потребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ возможно обследование граждан в целях выявления изменений в организме человека, которые могут привести к преждевременной активации механизмов старения и формированию факторов риска развития заболеваний и самих заболеваний.

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.

По результатам анкетирования и оценки биологического возраста врач по медицинской профилактике (прошедший обучение по вопросам медицины 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, приведенными в подразделах 2.1-2.6 Приложения №8 к Тарифному соглашению, 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 подразделах 2.1-2.6 Приложения №8 к Тарифному соглашению, такие исследования учитываются врачом по медицинской профилактике (прошедший обучение по вопросам медицины здорового долголетия) и повторно не проводятся при наличии подтверждающих результаты исследований медицинских документов.

Стоимость единицы объема формируется как сумма тарифов фактически оказанных медицинских услуг.

При организации выездной формы работы оплата осуществляется с коэффициентом 1,2 к итоговой стоимости единицы объема.

12. Порядок оплаты тарифов по дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом

Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов для пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом (далее – дистанционное наблюдение), оказывается в соответствии с Порядком организации оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденным приказом Минздрава России от 11.04.2025 №193н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». Тарифы установлены в разделе 7 Приложения № 13 к Тарифному соглашению.

Оплата медицинской помощи в рамках дистанционного наблюдения осуществляется за один месяц дистанционного наблюдения, который может не совпадать с календарным (например, месяцем дистанционного наблюдения может считаться период времени с 3 числа прошлого месяца по 2 число текущего месяца включительно).

Результатом оказания дистанционного наблюдения в течение одного месяца является заключение по результатам 1 месяца дистанционного наблюдения, в том числе подписанное электронной цифровой подписью врача. Заключение должно содержать, в том числе сведения о количестве проанализированных измерений, которые необходимы для проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Для указанных целей рекомендуется использовать СЭМД № 262 «Протокол по результатам дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента с артериальной гипертензией или с сахарным диабетом».

Случай дистанционного наблюдения пациента с артериальной гипертензией за конкретный месяц может предъявляться к оплате только при условии, что измерения передавались на программе «Подбор терапии» не менее чем за 15 дней в месяц не менее чем 2 раза в день (в среднем не менее 30 измерений в месяц), на программе «Контроль терапии» - не менее чем за 8 дней в месяц не менее чем 2 раза в день (в среднем не менее 16 измерений в месяц).

Случай дистанционного наблюдения пациента с сахарным диабетом за конкретный месяц может предъявляться к оплате только при условии, что измерения передавались не менее чем за 75% дней в месяц (в среднем не менее 22 дней) не менее чем 75% измерений, предусмотренных клиническими рекомендациями для соответствующего типа сахарного диабета и применяемой сахароснижающей терапии.

В связи с необходимостью адаптации пациента к методике выполнения измерений, в том числе индивидуальной настройки используемых технических средств, в первый месяц дистанционного наблюдения пациента допускается снижение числа проводимых пациентом измерений до 50% от установленного количества.

Оплата неполных месяцев дистанционного наблюдения по тарифу, рассчитанному в зависимости от количества календарных дней, за которые передавались измерения, и (или) количества переданных измерений не осуществляется.

13. Порядок оплаты лабораторных исследований для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С

Лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС) включает в себя следующие медицинские услуги:

Таблица № 3

Код услуги	Наименование услуги	Рекомендуемая кратность при расчете комплексного тарифа
A26.05.019.003	Определение генотипа вируса гепатита С (Hepatitis Cvirus)	1,0
A04.14.001.005	Эластометрия печени	0,3

A09.05.042	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови (АЛТ)	0,7
A09.05.041	Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови (АСТ)	0,7
A12.05.120	Исследование уровня тромбоцитов в крови	0,7

Лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС) предназначена для определения стадии заболевания, генотипа вируса до начала противовирусной терапии.

В рамках определения стадии фиброза печени предоставляется услуга A04.14.001.005 «Эластометрия печени» или услуги A09.05.042 «Определение активности аланинаминотрансферазы в крови (АЛТ)», A09.05.041 «Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови (АСТ)», A12.05.120 «Исследование уровня тромбоцитов в крови» (Приложение № 13 к Тарифному соглашению).

Определение РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции включает услугу A26.05.019.001 «Определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование». Исследование назначается для подтверждения предварительного диагноза и контроля эффективности противовирусной терапии в соответствии с клиническими рекомендациями.

14. Оплате за счет средств ОМС не подлежат:

- работа в комиссии при военкоматах;
- медицинская помощь, оказанная в поликлиниках военнослужащим, аттестованному составу Минобороны, МВД, ФСБ, ФПС, ФАПСи и других министерств и ведомств, в которых действующим законодательством предусмотрена военная и приравненная к ней служба;
- профилактические осмотры, проводимые за счет средств работодателей или личных средств граждан.