

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
по обязательному медицинскому страхованию
в Чувашской Республике на 2026 год

г. Чебоксары

30 декабря 2025 г.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящее Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2026 год (далее – Тарифное соглашение) заключено между Министерством здравоохранения Чувашской Республики, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чувашской Республики, Ассоциацией «Союз медицинских работников Чувашской Республики», АО «СК «Чувашия-Мед», АО «Чувашская МСК», Чувашской республиканской организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в соответствии с решением заседания Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования от 30 декабря 2025 года.

Тарифное соглашение разработано в целях реализации на территории Чувашской Республики Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации», приказа Минздрава России от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», постановления Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2025 г. № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов», постановления Кабинета Министров Чувашской Республики от 30.12.2025 г. № 806 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республике медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов», приказа Минздрава России от 10 февраля 2023 г. № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (зарегистрировано в Минюсте России 04.05.2023 №73226), приказа Минздрава России от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (зарегистрировано в Минюсте России 13.05.2021 №63410), в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.01.2025 № 31-2/115 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.01.2025 № 00-10-26-2-06/965).

1.2. Внесение изменений и дополнений в Тарифное соглашение производится по решению Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

1.3. Тарифное соглашение распространяется на всех участников обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), действующих на территории Чувашской Республики.

1.4. Тарифное соглашение в рамках реализации Территориальной программы ОМС граждан в Чувашской Республике в соответствии с постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 30.12.2025 г. № 806 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республике медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» (далее – Территориальная программа ОМС Чувашской Республики) устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС, условия и способы оплаты медицинской помощи по ОМС.

1.5. Тарифное соглашение определяет порядок использования средств ОМС в медицинских организациях, а также ответственность за несоблюдение условий оказания медицинской помощи, ее оплаты и порядка использования средств ОМС в медицинских организациях.

1.6. Основные термины и определения:

Тариф - тариф на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

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

Тарифное соглашение (ТС) - тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике.

МЗ ЧР – Министерство здравоохранения Чувашской Республики.

ТФОМС ЧР – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чувашской Республики.

ОМС – обязательное медицинское страхование;

МКБ - Международная классификация болезней 10-го пересмотра;

СМП – скорая медицинская помощь;

СМО – страховые медицинские организации;

МО – медицинская организация;

МЭК – медико-экономический контроль;

МЭЭ – медико-экономическая экспертиза;

ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи;

МП – медицинская помощь;

ЕНП – единый номер полиса обязательного медицинского страхования;

МО – фондодержатели – медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

МО – исполнители – медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе имеющие прикрепившихся лиц, оказывающие внешние медицинские услуги не прикрепленным лицам.

Внешние медицинские услуги – консультативные, лечебно-диагностические медицинские услуги, входящие в подушевой норматив финансирования, оказываемые не прикрепленным застрахованным лицам в МО – исполнителях по направлению МО – фондодержателя, а также при необходимости, по направлению врача-специалиста МО – исполнителя, и в случае оказания МО – исполнителем экстренной и неотложной помощи. Во внешние медицинские услуги не включаются случаи медицинской помощи, оказанные новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения (признак «Особый случай» при регистрации обращения за медицинской помощью (OS_SLUCH) – 1 (медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения).

2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

2.1. Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике, определены Территориальной программой ОМС Чувашской Республики.

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

- 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 скintiграфических 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;

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

а) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

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

в) 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;

г) 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 (операци-

онного) 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) ;

д) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

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

з) 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);

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

к) 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;

л) 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;

м) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, приведен в приложении 3.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, а также Порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности приведены в приложении 2.

2.2.2. Перечень расходов на амбулаторную медицинскую помощь, осуществляемых по подушевому нормативу финансирования, представлен в приложении 32.

2.2.3. Перечень расходов на амбулаторную медицинскую помощь, не входящих в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи, представлен в приложении 32.

2.2.4. Оплата внешних медицинских услуг, оказанных МО – исполнителем, имеющим прикрепленные лица, застрахованным лицам, прикрепившимся к МО – фондодержателю,

производится посредством осуществления взаиморасчетов в системе обязательного медицинского страхования на территории Чувашской Республики за счет подушевого норматива финансирования соответствующих МО – фондодержателей за фактически оказанные внешние медицинские услуги в соответствии с условиями Тарифного соглашения (далее - межучрежденческие расчеты в рамках подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи).

Межучрежденческие расчеты в рамках подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи за оказанные медицинские услуги осуществляются страховыми медицинскими организациями в соответствии с тарифами (приложения 5, 5.1 и 13):

- СМО осуществляют оплату медицинских услуг, оказанных МО – исполнителем, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи;

- при осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма МО-фондодержателя, воспользовавшегося услугами МО – исполнителя, уменьшается на объем средств, перечисленных МО – исполнителю за выполнение медицинских услуг по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

Средства для осуществления межучрежденческих расчетов за оказанные медицинские услуги включены в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи на прикрепившихся лиц.

Оплате посредством осуществления межучрежденческих расчетов в рамках подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи между медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, подлежат также случаи экспертного консультирования с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами (маломобильные граждане, имеющие физические ограничения, а также жители отдаленных и малонаселенных районов) или их законными представителями (приложение 5.1).

2.2.5. Финансовое обеспечение медицинской организации, в составе которой имеются фельдшерско-акушерские пункты (фельдшерские пункты, фельдшерские здравпункты) определяется исходя из подушевого норматива финансирования и количества лиц, прикрепленных к ней, а также расходов на фельдшерско-акушерские пункты (фельдшерские пункты, фельдшерские здравпункты) исходя из их количества в составе медицинской организации и установленного Тарифным соглашением среднего размера их финансового обеспечения.

2.2.6. Способом оплаты амбулаторной медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» является оплата за обращение.

2.2.7. Способом оплаты услуги **диализа в амбулаторных условиях** является оплата за услугу – одну услугу гемодиализа или перитонеального диализа.

2.2.8. Способом оплаты случаев **неотложной медицинской помощи**, оказанной в амбулаторных условиях, является оплата за посещение.

Способом оплаты амбулаторной помощи, оказанной в приемном/приемно-диагностическом отделении с проведением лечебно-диагностических мероприятий и наблюдением за состоянием здоровья пациентов до 6 часов без последующей госпитализации, является оплата за посещение.

2.2.9. Способом оплаты **стоматологической медицинской помощи** является оплата за посещение.

При оплате **стоматологической медицинской помощи** по ОМС учитываются как посещения, так и условные единицы трудоемкости (далее – УЕТ).

2.2.10. Оплата **диагностических услуг**, проводимых в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (в рамках обращений по поводу заболевания, разовых посещений в связи с заболеванием, в рамках посещений с профилактическими и иными целями, посещений, связанных с оказанием неотложной медицинской помощи, случаев оказания медицинской помощи в приемном/приемно-диагностическом отделении с проведением лечебно-диагностических мероприятий и наблюдением за состоянием здоровья пациентов до 6 часов без последующей госпитализации)

включается в размер тарифа на оплату соответствующего случая оказания медицинской помощи, при оказании амбулаторной медицинской помощи прикрепившимся лицам обращений по поводу заболевания, разовых посещений в связи с заболеванием, посещений с профилактическими и иными целями оплата указанных диагностических услуг включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, исключения составляют отдельные диагностические услуги, проводимые в рамках оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, изложенные в приложении 8, оплата которых осуществляется по отдельному тарифу за медицинскую услугу.

Оплата диагностических услуг, проводимых в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным в приложении 8.1.

Оплата отдельных диагностических услуг, проводимых в рамках второго этапа углубленной диспансеризации, а также диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, осуществляется за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным в приложении 11.

2.2.11. Межучрежденческие взаиморасчеты (кроме случаев, указанных в пункте 2.2.4) в системе обязательного медицинского страхования на территории Чувашской Республики осуществляются для оплаты отдельных медицинских услуг, оказанных пациентам в рамках получения медицинской помощи в амбулаторных условиях, в условиях круглосуточного и дневного стационара (приложения 10 и 10.1).

Средства для осуществления межучрежденческих расчетов за оказанные медицинские услуги включены:

- в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц;
- в стоимость амбулаторной медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи – за посещение, за обращение (законченный случай);
- в стоимость законченного случая стационарной медицинской помощи, а также в стоимость случая медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, включенного в соответствующую КСГ.

Межучрежденческие расчеты между двумя медицинскими организациями (МО-заказчиком услуги и МО-исполнителем услуги) за оказанные медицинские услуги осуществляются страховыми медицинскими организациями в соответствии с тарифами приложения 10.1 к Тарифному соглашению:

- СМО осуществляют оплату медицинских услуг, оказанных МО – исполнителем услуги, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи;
- при осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств МО-заказчика услуги уменьшается на объем средств, перечисленных МО – исполнителю услуги за выполнение медицинских услуг по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

Порядок организации взаиморасчетов между медицинскими организациями в системе обязательного медицинского страхования за проведение исследований из приложения 10 в централизованных клинических лабораториях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики, осуществляется согласно приложению 34 к Регламенту взаимодействия участников ОМС при оплате медицинской помощи, утвержденному приказом Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чувашской Республики.

При оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, оплата услуг, перечисленных в приложениях 10 и 10.1, осуществляется медицинскими организациями по принципу межучрежденческих расчетов на условиях договоров гражданско-правового характера, заключаемых между медицинскими организациями.

2.2.12. В случае оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, способом оплаты является:

- при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях с **профилактическими и иными целями** - оплата за посещение;

- при проведении **профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации**, - за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- при оказании медицинской помощи **в центре здоровья** - оплата за посещение;

- при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях **по поводу заболевания** - оплата за обращение по поводу заболевания, оплата за разовые посещения по поводу заболевания;

- при оказании амбулаторной медицинской помощи в рамках проведения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах – интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме – оплата за посещение;

- при оказании медицинской помощи в школах для больных с хроническими инфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания - оплата за посещение.

2.3. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и **медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.**

2.3.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее – госпитализация), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) применяются следующие способы оплаты:

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случаях прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 27, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

2.3.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяются следующие способы оплаты:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с

оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в 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, предусмотренных приложением 27, 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).

2.3.3. Основания для отнесения случаев оказания медицинской помощи к прерванным случаям:

- 1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
- 2) случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
- 3) случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
- 4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
- 5) случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
- 6) случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
- 7) случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
- 8) законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленный в приложении 27 к Тарифному соглашению;
- 9) случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.031, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.028 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и приложениями 6 и 7 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.01.2025 № 31-2/115 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.01.2025 № 00-10-26-2-06/965).

2.3.4. В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ 10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по

основанию, изложенному в подпункте 2 пункта 2.3.3. Тарифного соглашения, не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям 2 - 10, изложенным в пункте 2.4. приложения 2, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 пункта 2.3.3. Тарифного соглашения.

Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1-7, изложенным в пункте 2.3.3. Тарифного соглашения) по КСГ, перечисленным в приложении 27, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию, изложенному в подпункте 8 пункта 2.3.3. Тарифного соглашения, и должен оплачиваться в полном объеме независимо от длительности лечения. В приложении 27 установлен перечень клинико-статистических групп заболеваний, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1-6, 8, 9 пункта 2.3.3. Тарифного соглашения, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае, если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство (флаг – «ОВ») и (или) была проведена тромболитическая терапия (флаг – «ТБ»), случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают проведение хирургического вмешательства или тромболитической терапии, установлен в приложении 28 к Тарифному соглашению. Прерванные случаи по КСГ, не входящим в приложение 28 к Тарифному соглашению, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев (80% и 100% соответственно).

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основанию, изложенному в подпункте 7 пункта 2.3.3. Тарифного соглашения, а также случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основанию, изложенному в подпункте 9 пункта 2.3.3. Тарифного соглашения, оплачиваются:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

2.3.5. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа (приложение 26), в условиях дневного стационара – за услугу диализа (приложение 26) и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа (приложение 26) только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

2.3.6. За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение проведения 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,

участвующих в реализации базовой программы обязательного медицинского страхования и 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.

2.4. Способы оплаты скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации).

2.4.1. 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 территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации приведен в приложении 3.

2.4.2. 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 скорой (специализированной) медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- 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;

- расходов на оплату вызова выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи по вызову медицинской организации, в штате которой не состоят медицинские работники выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи, в случае невозможности оказания в указанной медицинской организации необходимой медицинской помощи;

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

2.5. Особенности оплаты медицинской помощи.

Условия оплаты медицинской помощи изложены в приложении 2 «Условия оплаты медицинской помощи».

Перечень флагов, используемых в реестрах пролеченных больных для взаиморасчетов медицинских организаций со страховыми медицинскими организациями в системе ОМС Чувашской Республики установлен приложением 7 к Регламенту взаимодействия участников ОМС.

3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС, действующие на территории Чувашской Республики (далее – Тарифы), являются приложением к Тарифному соглашению.

Тарифы формируются отдельно для медицинской помощи I, II и III уровней в соответствии Порядком формирования тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС в Чувашской Республике (приложение 1).

Тарифы I уровня устанавливаются 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 (за исключением медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами).

Тарифы II уровня устанавливаются для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь, населению нескольких муниципальных образований, а также при расчете тарифа на оплату указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

Тарифы III уровня устанавливаются для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Перечень медицинских организаций (отделений), оказывающих медицинскую помощь I, II, III уровней, установлен в приложениях 3.1-3.4 Тарифного соглашения.

3.2. Тарифы являются денежными суммами, определяющими уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций по выполнению Территориальной программы ОМС Чувашской Республики.

Тарифы включает в себя расходы, связанные с проведением необходимых лабораторных и диагностических исследований, а также медицинских услуг во вспомогательных кабинетах физиотерапии и лечебной физкультуры и школах здоровья, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями за исключением расходов, связанных с проведением отдельных диагностических исследований, проводимых при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, оплата которых согласно Тарифному соглашению осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу (приложения 8 к Тарифному соглашению), расходы, связанные с проведением медицинского консультирования, в том числе с применением телемедицинских технологий.

3.3. Тарифы на оплату диагностических услуг, лабораторных исследований устанавливаются в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 ноября 2017 года, регистрационный № 48808) (приложения 8, 8.1, 10,11).

3.4. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, применяемый при определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, составляет 8627,30 рублей.

3.5. Размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, применяемый при определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, составляет 1694,32 рубля.

3.6. Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения, установленные в рамках подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи, приведены в приложении 18.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо, действующие на территории Чувашской Республики, устанавливаются приложением 17.

Коэффициенты дифференциации, применяемые при расчете подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи, приведены в приложении 19.

3.7. Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 202н), составляет в среднем:

- фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта), обслуживающего до 100 человек, – 1227,0 (102,25 тыс. рублей в месяц);
- фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта), обслуживающего от 101 до 800 человек, – 1533,7 (127,81 тыс. рублей в месяц);
- фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта), обслуживающего от 801 до 1500 человек, – 3067,5 (255,63 тыс. рублей в месяц);
- фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта), обслуживающего от 1501 до 2000 человек, – 3067,5 (255,63 тыс. рублей в месяц);
- фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта), обслуживающего более 2000 человек, – 3681,0 (306,75 тыс. рублей в месяц).

3.8. Финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) осуществляется с учетом базовых нормативов финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), указанных в пункте 3.7. Тарифного соглашения, с применением коэффициента специфики оказания медицинской помощи, учитывающего критерии соответствия их требованиям, установленным приказом Минздрава России от 14.04.2025 № 202н (в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем). Порядок расчета объемов финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) установлен в пункте 1.3.3. Условий оплаты медицинской помощи.

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

3.9. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)), мероприятий по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые, в том числе, для осуществления межтерриториальных расчетов, устанавливаются следующими приложениями:

- тарифы на оплату одного посещения, оказываемого в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, – приложение 5;
- тарифы на оплату стоматологических услуг (1 УЕТ) – приложение 5;
- тарифы на оплату одного посещения неотложной медицинской помощи, оказываемого в амбулаторных условиях, – приложение 6;
- тарифы на оплату случаев оказания медицинской помощи в приемном/приемно-диагностическом отделении с проведением лечебно-диагностических мероприятий и наблюдением за состоянием здоровья пациентов до 6 часов без последующей госпитализации – приложение 7;

- тарифы на оплату диагностических услуг – приложения 8, 8.1;
- тарифы на оплату услуг диализа – приложение 26;
- тарифы на оплату медицинских услуг в составе посещения с профилактическими целями центров здоровья – приложение 9;
- тарифы на оплату посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания – приложение 9.1;
- тарифы на оплату проведения диспансеризации, углубленной диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан – приложения 11;
- тарифы на оплату медицинской офтальмологической помощи методами лазерной хирургии, тарифы на проведение хирургических вмешательств без применения лазера при оказании офтальмологической помощи – приложение 12;
- тарифы на оплату одного обращения, оказываемого в амбулаторных условиях по поводу заболевания, – приложение 13;
- тарифы на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах – интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме – приложение 13.1;
- тарифы на оплату медицинских услуг для пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и оказанных в рамках дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой или дистанционного взаимодействия медицинских работников с пациентами или их законными представителями – приложение 5.1.

3.10. При оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях за единицу объема тарифы определяются исходя из установленных Тарифным соглашением (приложения 5-10, 12, 13).

3.11. Коэффициенты относительной затратно-емкости, применяемые при оплате услуг диализа, приведены в приложении 26.

Базовые тарифы на оплату услуг гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и **перитонеального диализа** (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»), которые включают в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», составляют **7 258,75 рублей** и **5 783,44 рублей** соответственно.

3.12. Перечень клинко-статистических групп заболеваний, применяемых при оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, с указанием коэффициентов относительной затратно-емкости, коэффициентов специфики, а также доли заработной платы и прочих расходов, выделенных в составе отдельных клинко-статистических групп заболеваний, приведен в приложении 20.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программой ОМС Чувашской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС Чувашской Республики (за исключением медицинской реабилитации), применяемый при определении размера тарифов на оплату медицинской помощи **в стационарных условиях, составляет 9 408,32 рубля.**

Базовая ставка финансирования стационарной помощи (средняя стоимость законченного случая лечения заболеваний в стационарных условиях, включенного в КСГ) составляет **34 133,51 рублей.**

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи составляют:

III (клинический) уровень – 1,11 (средневзвешенный коэффициент):

подуровень 1 – 1,1;

подуровень 2 – 1,15;

II (межрайонный) уровень – 1,04 (средневзвешенный коэффициент):

подуровень 1 – 0,97;

подуровень 2 – 1,09;

I (муниципальный) уровень – 0,9.

Перечень КСГ по случаям оказания стационарной медицинской помощи, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, представлен в приложении 30 к Тарифному соглашению.

Коэффициенты сложности лечения пациентов приведены в приложении 24. Перечень сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации в условиях круглосуточного стационара, при оплате которых применяется коэффициент сложности лечения пациентов, представлен в приложении 6 к Условиям оплаты, перечень однотипных операций на парных органах, при оплате которых применяется коэффициент сложности лечения пациентов, представлен в приложении 7 к Условиям оплаты.

Тарифы на оплату законченного случая лечения заболеваний в стационарных условиях, включенного в КСГ, установлены приложением 22.

Тарифы на оплату законченного случая лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи устанавливаются приложением 14.

Тарифы на оплату услуг диализа в стационарных условиях устанавливаются приложением 26.

3.13. Перечень клинико-статистических групп заболеваний, применяемых при оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости, коэффициентов специфики, а также доли заработной платы и прочих расходов, выделенных в составе отдельных клинико-статистических групп заболеваний, приведен в приложении 21.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программой ОМС Чувашской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС Чувашской Республики (за исключением медицинской реабилитации), применяемый при определении размера тарифов на оплату медицинской помощи **в условиях дневного стационара составляет 2 240,26 рублей.**

Базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара (средняя стоимость законченного случая лечения заболеваний в условиях дневного стационара, включенного в КСГ) составляет **18 545,39 рублей.**

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи составляют:

II (межрайонный) уровень – 0,96 (средневзвешенный коэффициент):

подуровень 1 – 0,9;

подуровень 2 – 0,955;

подуровень 3 – 1;

I (муниципальный) уровень – 0,9.

Коэффициенты сложности лечения пациентов приведены в приложении 24. Перечень однотипных операций на парных органах, при оплате которых применяется коэффициент сложности лечения пациентов, представлен в приложении 7 к Условиям оплаты.

Тарифы на оплату законченного случая лечения заболеваний в условиях дневного стационара, включенного в КСГ, устанавливаются приложением 23.

Тарифы на оплату услуг диализа в условиях дневного стационара устанавливаются приложением 26.

3.14. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, применяемый при определении размера тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, составляет 1288,30 рублей.

3.15. Размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, применяемый при определении размера тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, составляет 1257,52 рублей.

Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения, установленные в рамках подушевого финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, приведены в приложении 16.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо, действующие на территории Чувашской Республики, устанавливаются приложением 15.

Тарифы на оплату одного вызова скорой медицинской помощи, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, устанавливаются приложением 15.

3.16. В структуру тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС включены следующие расходы медицинских организаций:

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), организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч 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.

3.17. При использовании средств ОМС медицинские организации должны исходить из необходимости достижения заданных результатов с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата с использованием определенного объема средств ОМС.

Использование медицинскими организациями средств ОМС на финансирование видов медицинской помощи, не включенных в Территориальную программу ОМС, на оплату расходов, не включенных в структуру Тарифов, с нарушениями нормативных и правовых актов является нецелевым.

3.18. За использование не по целевому назначению медицинская организация несет ответственность в соответствии со статьей 39 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

В медицинских организациях персональную ответственность за целевое и эффективное использование средств ОМС несут их руководители.

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 и качества медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (зарегистрировано в Минюсте России 13.05.2021 №63410) (далее – Порядок).

4.2. Результаты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи оформляются соответствующими заключениями по формам, установленным Федеральным фондом, и передаются Территориальным фондом ОМС Чувашской Республики, в СМО и в медицинские организации в соответствии с утвержденном Порядком.

4.3. Коды ошибок и финансовые санкции при осуществлении медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы счетов и реестров, экспертизы качества медицинской помощи определяются в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), предусмотренным в Порядке, а также размерами неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, и штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, рассчитанными в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи, установленным Правилами обязательного медицинского страхования.

Коды нарушений/дефектов и 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 при осуществлении медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы счетов и реестров, экспертизы качества медицинской помощи изложены в Перечне оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (приложение 25).

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

5.1. В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и дополнения.

5.2. Обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования в Чувашской Республике и достижения целевых показателей плана мероприятий («Дорожная карта»), утвержденной распоряжением Главы Чувашской Республики от 28.02.2013 №48-рг, осуществляется путем индексации Тарифов с учетом исполнения доходной части бюджета Территориального фонда ОМС Чувашской Республики.

5.3. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2026.

5.4. Действие настоящего Тарифного соглашения распространяется на случаи медицинской помощи, оказанные с 01.01.2026 по 31.12.2026.

5.5. Признать утратившим силу с 01.01.2026 Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2025 год.

5.6. Случаи медицинской помощи, оказанные до 01.01.2026, оплачиваются в порядке и по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2025 год.

Министр здравоохранения
Чувашской Республики

Л.В. Тарасова

Директор Территориального
фонда ОМС Чувашской Республики

М.В. Дроздов

Председатель Совета Ассоциации
«Союз медицинских работников
Чувашской Республики»

Е.В. Барсукова

Генеральный директор
АО «СК «Чувашия-Мед»

Г.Т. Акимова

Генеральный директор
АО «Чувашская МСК»

Е.А. Федорова

Председатель Чувашской республиканской
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации

Т.З. Константинова

Приложение 1
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Порядок формирования тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС
в Чувашской Республике.

Приложение 2
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Условия оплаты медицинской помощи.

Приложение 3
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Перечень медицинских организаций и способов оплаты медицинской помощи.

Приложение 3.1
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Перечень медицинских организаций (отделений), оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, распределение по уровням оказания.

Приложение 3.2
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Перечень медицинских организаций (отделений), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, распределение по уровням оказания.

Приложение 3.3
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Перечень медицинских организаций (отделений), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, распределение по уровням оказания.

Приложение 3.4
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Перечень медицинских организаций (отделений), оказывающих медицинскую помощь вне медицинской организации, распределение по уровням оказания.

Приложение 4

к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Перечень фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), оказывающих амбулаторную медицинскую помощь в рамках реализации Территориальной программы ОМС Чувашской Республики

Приложение 5

к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях в системе обязательного медицинского страхования, действующие на территории Чувашской Республики.

Приложение 5.1

к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на оплату медицинских услуг для пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оказанных в рамках дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой или дистанционного взаимодействия медицинских работников с пациентами или их законными представителями, действующие в системе обязательного медицинского страхования на территории Чувашской Республики.

Приложение 6

к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на неотложную медицинскую помощь в амбулаторных условиях в системе обязательного медицинского страхования, действующие на территории Чувашской Республики.

Приложение 7

к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на оплату случаев оказания медицинской помощи в приемном/приемно-диагностическом отделении с проведением лечебно-диагностических мероприятий и наблюдением за состоянием здоровья пациентов до 6 часов без последующей госпитализации, в системе обязательного медицинского страхования, действующие на территории Чувашской Республики.

Приложение 8

к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований, проводимых в рамках оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, действующие в системе обязательного медицинского страхования на территории Чувашской Республики.

Приложение 8.1

к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на оплату отдельных лабораторных и диагностических исследований, проводимых в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения в амбулаторных условиях, действующие в системе обязательного медицинского страхования на территории Чувашской Республики.

Приложение 8.2
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях в рамках комплексного посещения.

Приложение 9
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на оплату медицинских услуг в составе посещения с профилактическими целями центров здоровья, действующие в системе обязательного медицинского страхования на территории Чувашской Республики.

Приложение 9.1
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на оплату одного занятия в рамках комплексного посещения школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в расчете на одного пациента, действующие в системе обязательного медицинского страхования на территории Чувашской Республики.

Приложение 10
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Перечень лабораторных исследований и их рекомендуемая стоимость для организации взаиморасчетов между медицинскими организациями в системе обязательного медицинского страхования за проведение исследований в централизованных клинических лабораториях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики

Приложение 10.1
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на оплату отдельных медицинских услуг, используемых в рамках осуществления межучрежденческих взаиморасчетов в системе обязательного медицинского страхования на территории Чувашской Республики.

Приложение 11
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на оплату случаев профилактических медицинских осмотров, диспансеризации отдельных категорий населения, а также углубленной диспансеризации граждан в системе обязательного медицинского страхования, действующие на территории Чувашской Республики.

Приложение 12
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на оплату случаев оказания медицинской офтальмологической помощи в амбулаторных условиях в системе обязательного медицинского страхования, действующие на территории Чувашской Республике бесплатной медицинской помощи.

Приложение 13
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях (1 обращение) в системе обязательного медицинского страхования, действующие на территории Чувашской Республики.

Приложение 13.1
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на оплату разовых посещений в рамках комплексного посещения при проведении диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах – интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, действующие на территории Чувашской Республики.

Приложение 14
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на случаи оказания высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, включенные в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Приложение 15
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на оплату скорой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, действующие на территории Чувашской Республики.

Приложение 16
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения, установленные в рамках подушевого финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

Приложение 17
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо, действующие на территории Чувашской Республики.

Приложение 17.1
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Премиальные (стимулирующие) выплаты в рамках подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, и достигших целевых значений показателей результативности деятельности.

Приложение 18
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения, установленные в рамках подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Приложение 19
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе имеющих прикрепившихся застрахованных лиц.

Приложение 20
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Справочник клинико-статистических групп по случаям оказания стационарной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, действующий на территории Чувашской Республики.

Приложение 21
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Справочник клинико-статистических групп по случаям медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в системе обязательного медицинского страхования, действующий на территории Чувашской Республики.

Приложение 22
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на законченные случаи оказания стационарной медицинской помощи, включенные в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний, в системе обязательного медицинского страхования, действующие на территории Чувашской Республики.

Приложение 23
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на законченные случаи медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, включенные в соответствующую клинко-статистическую группу заболеваний, в системе обязательного медицинского страхования, действующие на территории Чувашской Республики.

Приложение 24
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Справочник коэффициентов сложности лечения пациента, применяемых при оплате по клинко-статистическим группам по случаям оказания стационарной медицинской помощи и медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в системе обязательного медицинского страхования, действующий на территории Чувашской Республики.

Приложение 25
к Тарифному соглашению
по обязательному медицинскому
страхованию в Чувашской Республике

**Перечень
оснований для отказа в оплате медицинской помощи
(уменьшения оплаты медицинской помощи)**

| Код нарушения/дефекта | Перечень оснований | Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи | Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества |
|--|--------------------|--|---|
| Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико – экономического контроля | | | |
| 1.1. | KOD=201 | Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансер- | 0,3 |

| | | | | |
|--------|---|---|-----|-----|
| | | ного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения. | | |
| 1.2. | KOD=272 | Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения (в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи). | | 1,0 |
| 1.3. | KOD=203 | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей. | 1,0 | 0,3 |
| 1.4. | Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе: | | | |
| 1.4.1. | KOD=204 | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; | 1,0 | |
| 1.4.2. | KOD=205 | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 1,0 | |
| 1.4.3. | KOD=206 | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи, по данным персонализированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам; | 1,0 | |
| 1.4.4. | KOD=207 | некорректное заполнение полей реестра счетов; | 1,0 | |

| | | | | |
|--------|--|--|-----|--|
| 1.4.5. | KOD=208 | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | 1,0 | |
| 1.4.6. | KOD=209 | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты. | 1,0 | |
| 1.5. | KOD=210 | Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе); | 1,0 | |
| 1.6. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе: | | | |
| 1.6.1. | KOD=211 | включение в реестр счетов видов медицинской помощи, а также заболеваний и состояний, не входящих в программу обязательного медицинского страхования; | 1,0 | |
| 1.6.2. | KOD=273 | предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании; | 1,0 | |
| 1.6.3. | KOD=274 | предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансирования обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании; | 1,0 | |
| 1.6.4. | KOD=214 | включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико – социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности. | 1,0 | |
| 1.7. | Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе: | | | |

| | | | | |
|---------|---|--|-----|--|
| 1.7.1. | KOD=275 | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании; | 1,0 | |
| 1.7.2. | KOD=276 | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании; | 1,0 | |
| 1.8. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований: | | | |
| 1.8.1 | KOD=217 | включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации; | 1,0 | |
| 1.8.2. | KOD=277 | предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации; | 1,0 | |
| 1.8.3. | KOD=219 | предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов). | 1,0 | |
| 1.9. | KOD=220 | Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи. | 1,0 | |
| 1.10. | Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе: | | | |
| 1.10.1. | KOD=221 | позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); | 1,0 | |
| 1.10.2. | KOD=222 | дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; | 1,0 | |
| 1.10.3. | KOD=223 | стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате | 1,0 | |

| | | | | |
|---|---------|--|-----|-----|
| | | медицинской организацией; | | |
| 1.10.4. | KOD=224 | стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию; | 1,0 | |
| 1.10.5. | KOD=225 | включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме); | 1,0 | |
| 1.10.6. | KOD=226 | включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения. | 1,0 | |
| Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико – экономической экспертизы | | | | |
| 2.1. | KOD=227 | Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования. | | 0,3 |
| 2.2. | KOD=228 | Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи. | 1,0 | 3,0 |
| 2.7. | KOD=278 | Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее, за исключением случаев, связанных с патологией беременности и родами, в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией) | 1,0 | 0,3 |
| 2.8. | KOD=238 | Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застра- | 1,0 | 0,3 |

| | | | | |
|-------|---------|--|-----|-----|
| | | хованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях). | | |
| 2.9. | KOD=239 | Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования. | | 1,0 |
| 2.10. | KOD=292 | Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций. | 0,5 | 0,5 |
| 2.11. | KOD=241 | Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно – отчетной документации медицинской организации. | | 0,6 |
| 2.12. | KOD=279 | Непредставление медицинской документации, учетно–отчетной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации, или специалиста – эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их | 1,0 | |

| | | | | |
|---------|--|--|-----|-----|
| | | поручению; | | |
| 2.13. | KOD=243 | Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях. | 0,1 | |
| 2.14. | KOD=244 | Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и (или) учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы). | 0,5 | |
| 2.15. | KOD=245 | Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней) | 1,0 | |
| 2.16 | Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: | | | |
| 2.16.1. | KOD=280 | оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании; | 0,1 | 0,3 |
| 2.16.2. | KOD=247 | включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу. | 1,0 | 1,0 |
| 2.16.3 | KOD=281 | Некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации; | 1,0 | |
| 2.17. | KOD=248 | Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. | | 0,3 |
| 2.18. | KOD=249 | Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обяза- | | 0,3 |

| | | | | |
|--|---|---|-----|-----|
| | | тельного медицинского страхования. | | |
| Раздел 3. Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи | | | | |
| 3.1. | Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий: | | | |
| 3.1.1. | KOD=298 | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 0,1 | |
| 3.1.2. | KOD=299 | приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 0,3 | |
| 3.1.3. | KOD=300 | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания | 0,4 | 0,3 |
| 3.1.4. | KOD=301 | приведшее к инвалидизации; | 0,9 | 1,0 |
| 3.1.5. | KOD=302 | приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патолого – анатомического диагнозов); | 1,0 | 3,0 |
| 3.2. | Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий: | | | |
| 3.2.1. | KOD=303 | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 0,1 | |
| 3.2.2. | KOD=304 | приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от | 0,4 | 0,3 |

| | | | | |
|--------|---------|--|-----|-----|
| | | медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | | |
| 3.2.3. | KOD=305 | приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 0,9 | 1,0 |
| 3.2.4. | KOD=306 | приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 1,0 | 3,0 |
| 3.2.5. | KOD=307 | рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций. | 0,9 | 1,0 |
| 3.2.6. | KOD=308 | по результатам проведенного диспансерного наблюдения. | 0,9 | 1,0 |
| 3.3. | KOD=309 | Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания | 0,5 | 0,6 |
| 3.4. | KOD=262 | Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях). | 0,5 | 0,3 |
| 3.5. | KOD=263 | Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской | 0,3 | |

| | | | | |
|------|---------|--|-----|-----|
| | | организации), вследствие которых при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация). | | |
| 3.6. | KOD=264 | Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица. | 0,8 | 1,0 |
| 3.7. | KOD=310 | Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций) в течение суток и более, если перевод в течение суток невозможен с учетом тяжести состояния пациента и его транспортабельности. | 1,0 | 0,3 |
| 3.8. | KOD=266 | Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки. | 1,0 | 0,3 |
| 3.9. | KOD=267 | Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных | 1,0 | 0,3 |

| | | | | |
|--------|---|--|-----|-----|
| | | препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50 – процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов. | | |
| 3.10. | KOD=282 | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме). | 0,9 | 0,5 |
| 3.11. | KOD=269 | Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи. | 0,5 | 0 |
| 3.12. | KOD=270 | Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача. | 0 | 0,3 |
| 3.13. | KOD=311 | Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов с учетом клинических рекомендаций. | 0,5 | 0,6 |
| 3.14 | Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе: | | | |
| 3.14.1 | КОД=284 | с отсутствием последующего ухудшению состояния здоровья; | | 1,0 |
| 3.14.2 | КОД=285 | с последующим ухудшением состояния здоровья; | | 2,0 |

| | | | | |
|--------|---|---|--|-----|
| 3.14.3 | КОД=286 | приведший к летальному исходу. | | 3,0 |
| 3.15 | Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе: | | | |
| 3.15.1 | КОД=287 | с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья; | | 1,0 |
| 3.15.2 | КОД=288 | с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения); | | 2,0 |
| 3.15.3 | КОД=289 | приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения); | | 3,0 |

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (далее – Перечень) (приложение 25 к Тарифному соглашению):

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

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;

$K_{\text{но}}$ – 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 Перечня, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT_1 - PT_2) + PT_2 \times K_{\text{но}},$$

где:

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

РТ₁ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

РТ₂ - 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);

К_{но} - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с Перечнем.

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

$$C_{шт} = РП \times K_{шт},$$

где:

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

РП - установленный тарифным соглашением субъекта Российской Федерации 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, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по все видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного Перечнем, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

| Период оказания медицинской помощи | Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, установленный на год, рублей | | | | | |
|------------------------------------|--|---|---|---|--|---|
| | при оплате скорой медицинской помощи вне медицинской организации | | в амбулаторных условиях | | в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи | в условиях дневного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи |
| | при оплате по подушевому нормативу финансирования | при оплате за единицу объема медицинской помощи | при оплате по подушевому нормативу финансирования | при оплате за единицу объема медицинской помощи | | |
| с 01.01.2026 по 31.12.2026 | 1246,92 | 41,39 | 1810,54 | 6816,79 | 9746,38 | 2324,20 |

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

Приложение 26

к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Тарифы на оплату услуг диализа в системе обязательного медицинского страхования, действующие на территории Чувашской Республики.

Приложение 27

к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Перечень клинико-статистических групп заболеваний, оплату по которым целесообразно осуществлять в полном объеме, независимо от длительности лечения, действующий на территории Чувашской Республики.

Приложение 28

к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Перечень клинико-статистических групп заболеваний, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, действующий на территории Чувашской Республики.

Приложение 29

к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Перечень отдельных видов диагностических исследований и их рекомендуемая стоимость для расчетов по договорам гражданско-правового характера, связанных с оказанием медицинской помощи, входящей в базовую программу ОМС, сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, не застрахованным в системе ОМС.

Приложение 30

к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Перечень КСГ по случаям оказания стационарной медицинской помощи, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации.

Приложение 31

к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований.

Приложение 32

Перечень расходов на амбулаторную медицинскую помощь, осуществляемых по подушевому нормативу финансирования, а также перечень расходов на амбулаторную медицинскую помощь, не входящих в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи.

1. Об оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц.

Оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц подлежат:

1.1. Обращения по поводу заболевания в амбулаторных условиях к врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), врачам – специалистам, включающие расходы, связанные с проведением необходимых лабораторных и диагностических исследований, а также медицинских услуг во вспомогательных кабинетах физиотерапии и лечебной физкультуры и школах здоровья, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями за исключением расходов, связанных с:

а) проведением диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения (предусмотренного приказами Минздрава России от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и от 4 июня 2020 г. №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями»), включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах – интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

б) проведением занятий (посещений) в школах для больных с хроническими инфекционными заболеваниями (для взрослых и детей), в том числе с сахарным диабетом, в школах для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

в) проведением гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях;

г) оказанием стоматологической медицинской помощи;

д) проведением отдельных лабораторных и диагностических исследований, оплата которых согласно Тарифному соглашению осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу (приложение 8 к Тарифному соглашению).

1.2. Посещения с профилактическими и иными целями, в том числе разовые посещения в связи с заболеванием, включающие расходы, связанные с проведением необходимых лабораторных и диагностических исследований, а также медицинских услуг во вспомогательных кабинетах физиотерапии и лечебной физкультуры и школах здоровья, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, **за исключением расходов, связанных с:**

а) проведением диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах – интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

б) проведением профилактических медицинских осмотров, проводимых, в том числе в рамках диспансеризации, включая посещения к врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), врачам – специалистам,

включая отдельные лабораторные и диагностические исследования в рамках второго этапа диспансеризации (приложение 8.1 к Тарифному соглашению);

в) проведением углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), а также граждан, в отношении которых отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекции (COVID-19), проводимой по их инициативе (далее – углубленная диспансеризация);

г) проведением диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

д) проведением занятий (посещений) в школах для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями (для взрослых и детей), в том числе с сахарным диабетом, в школах для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

е) проведением посещений центров здоровья с профилактическими целями для взрослых и детей, а также посещений в рамках динамического наблюдения;

ж) оказанием стоматологической медицинской помощи;

з) проведением отдельных лабораторных и диагностических исследований, оплата которых согласно Тарифному соглашению осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу (приложение 8 к Тарифному соглашению).

1.3. Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий в рамках дистанционного взаимодействия медицинских работников с пациентами (маломобильные граждане, имеющие физические ограничения, а также жители отдаленных и малонаселенных районов) или их законными представителями (за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, а также медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому);

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

2. Об оплате вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц не включаются:

а) расходы на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах – интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме (приложение 13.1 к Тарифному соглашению);

б) расходы на оплату посещений центров здоровья с профилактическими целями для взрослых и детей, а также посещений в рамках динамического наблюдения;

в) расходы на оплату гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях;

г) расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

д) расходы на стоматологическую медицинскую помощь;

е) расходы на оплату отдельных лабораторных исследований и диагностических услуг, оплата которых согласно Тарифному соглашению осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу (приложение 8 к Тарифному соглашению);

- ж) расходы на оплату тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- з) расходы на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов);
- и) расходы на финансовое обеспечение амбулаторной медицинской помощи, оказанной центрами амбулаторной онкологической помощи, а также первичными онкологическими кабинетами;
- к) расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);
- л) расходы на финансовое обеспечение – профилактических медицинских осмотров, проводимых в том числе в рамках диспансеризации, включая посещения к врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), врачам – специалистам, а также отдельные лабораторные и диагностические исследований в рамках второго этапа диспансеризации (приложение 8.1 к Тарифному соглашению);
- м) расходы на финансовое обеспечение углубленной диспансеризации;
- н) расходы на финансовое обеспечение взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;
- о) расходы на финансовое обеспечение случаев амбулаторной медицинской помощи, сопровождающихся внутривенным введением генно-инженерных препаратов, полученных пациентами по федеральной, либо региональной льготе;
- п) расходы оплату занятий (посещений) школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями (для взрослых и детей), в том числе с сахарным диабетом, в школах для беременных и по вопросам грудного вскармливания.
- р) расходов 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 медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, с пациентами (маломобильные граждане, имеющие физические ограничения, а также жители отдаленных и малонаселенных районов) или их законными представителями;
- с) расходов на оплату случаев дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом.