

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**по обязательному медицинскому страхованию**  
**в Чувашской Республике на 2023 год**

г. Чебоксары

30 декабря 2022 г.

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1.1. Настоящее Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2023 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 2022 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 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», постановления Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2022 г. № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов», постановления Кабинета Министров Чувашской Республики от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республике медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов», приказа Минздрава России от 29 декабря 2020 г. № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (зарегистрировано в Минюсте России 31.12.2020 №62007), 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 \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_).

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 (далее – Территориальная программа ОМС) 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 диагно-

стики 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.

### **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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фель-

дшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

д) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н).

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 к Тарифному соглашению.

2.2.2. Оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц подлежат:

- 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 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);

- 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 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);

- проведение телемедицинского консультирования.

2.2.3. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц не включаются:

– расходы на оплату диспансерного наблюдения (приложение 13.1 к Тарифному соглашению);

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

– расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

– расходы на стоматологическую медицинскую помощь;

– 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);

- расходы на оплату тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- расходы на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов;

- расходы на финансовое обеспечение амбулаторной медицинской помощи, оказанной центрами амбулаторной онкологической помощи;

- расходы на финансовое обеспечение случаев обращений по заболеванию при оказании амбулаторной медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» (флаг «РБ»);

- 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 исследования в рамках второго этапа диспансеризации (приложение 8.1 к Тарифному соглашению);

- расходы на финансовое обеспечение углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), а также граждан, в отношении которых отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), проводимой по их инициативе (далее – углубленная диспансеризация).

2.2.4. Оплата внешних медицинских услуг, оказанных МО – исполнителем, имеющим прикрепленные лица, застрахованным лицам, прикрепившимся к МО – фондодержателю, производится СМО за фактически оказанные внешние медицинские услуги в соответствии с настоящим Тарифным соглашением, за счет подушевого норматива финансирования соответствующих МО – фондодержателей.

2.2.5. Финансовое обеспечение медицинской организации, в составе которой имеются фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, определяется исходя из подушевого норматива финансирования и количества лиц, прикрепленных к ней, а также расходов на фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты 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 (посещения, обращения), при оказании амбулаторной медицинской помощи прикрепившимся лицам 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 к Тарифному соглашению, оплата которых осуществляется за медицинскую услугу.

Проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции в рамках оказания амбулаторной медицинской помощи подлежит оплате в соответствии с тарифами, установленными в приложении 8 к Тарифному соглашению, в случаях, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов (постановление Правительства Российской Федерации 29 декабря 2022 г. № 2497).

Проведение гражданам, в отношении которых отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), исследований на наличие антител к возбудителю новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (любым из методов) в целях подтверждения факта ранее перенесенного заболевания новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) не подлежит оплате из средств ОМС.

Оплата отдельных диагностических услуг, проводимых в рамках второго этапа углубленной диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным в приложении 11 к Тарифному соглашению.

2.2.11. Способом оплаты отдельных **лабораторных исследований** (приложение 10 к Тарифному соглашению) является оплата за медицинскую услугу по принципу межучрежденческих взаиморасчетов.

Средства для осуществления межучрежденческих расчетов за оказанные лабораторные 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 за оказанные лабораторные услуги осуществляются страховыми медицинскими организациями в соответствии с тарифами (приложением 10 к Тарифному соглашению):

- СМО осуществляют оплату лабораторных услуг, оказанных централизованными лабораториями, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи;
- при осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, уменьшается на объем средств, перечисленных централизованной лаборатории за выполнение лабораторных исследований по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

При оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, оплата отдельных лабораторных исследований, выполненных в рамках оказания медицинской помощи, осуществляется по принципу межучрежденческих расчетов по договорам гражданско-правового характера.

2.2.12. Способом оплаты телемедицинского консультирования является оплата за медицинскую услугу (приложение 10 к Тарифному соглашению) по принципу межучрежденческих взаиморасчетов.

Средства для осуществления межучрежденческих расчетов за медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий 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.

Межучрежденные расчеты за услуги телемедицинского консультирования осуществляются страховыми медицинскими организациями в соответствии с тарифами (приложением 10 к Тарифному соглашению):

- СМО осуществляют оплату услуг телемедицинского консультирования, оказанных телемедицинскими центрами и телемедицинскими пунктами, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи;
- при осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации, воспользовавшейся услугами телемедицинского консультирования, уменьшается на объем средств, перечисленных телемедицинским центрам и телемедицинским пунктам за выполнение услуг телемедицинского консультирования по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

При оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, оплата услуг телемедицинского консультирования, выполненного телемедицинскими центрами и телемедицинскими пунктами в рамках оказания медицинской помощи, осуществляется медицинскими организациями по принципу межучрежденческих расчетов по договорам гражданско-правового характера.

2.2.13. 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 обращение (законченный случай/комплексная услуга), за посещение (в рамках динамического наблюдения);
- 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 по заболеванию** – оплата за посещение, обращение.

**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 (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 клинико-статистическую группу заболеваний);

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

2.3.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях)), применяются следующие способы оплаты:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

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

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 летальным исходом, длительностью менее 3-х дней;
- 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, длительностью менее, чем количество дней, установленных Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_).

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 - 9, изложенным в пункте 2.4. приложения 2 к Тарифному соглашению, 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 к Тарифному соглашению, 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 к Тарифному соглашению установлен перечень клинико-статистических групп заболеваний, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения.

Случаи лечения, закончившиеся летальным исходом, длительностью более 3-х дней оплачиваются в полном объеме.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1-6 и 8 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, 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 в амбулаторных условиях, оплата осуществляется за услугу диализа (приложение 26), а в условиях дневного стационара – по КСГ (приложение 26) для оплаты услуг диализа и, при необходимости, в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи; получающим услуги диализа в стационарных условиях – по КСГ (приложение 26) для оплаты услуг диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

#### **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».

Регламент взаимодействия участников ОМС при оплате медицинской помощи утвержден приказом Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чувашской Республики.

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. ТАРИФЫ 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.

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 телемедицинского консультирования.

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).

Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема её оказания (вызов скорой медицинской помощи) по видам медицинской помощи размещены в приложении 31 к Тарифному соглашению.

**3.4. Размер среднего подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи на прикрепившихся лиц составляет 5 926,32 рубля.**

**3.5. Значение базового подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи на прикрепившихся лиц составляет 1549,90 рубля.**

**Размер среднемесячного подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи в рамках способа оплаты, указанного в абзаце 2 пункта 2.2.1. Тарифного соглашения, составляет 129,16 рубль на одно застрахованное лицо.**

3.6. Относительные коэффициенты половозрастных затрат подушевого норматива 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 фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н), составляет в среднем:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий менее 100 жителей, – 935,84 тыс. рублей в год (77,99 тыс. рублей в месяц) (коэффициент уровня, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих от 100 до 900 жителей, составляет 0,797);

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1174,2 тыс. рублей в год (97,85 тыс. рублей в месяц);

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1860,3 тыс. рублей в год (155,03 тыс. рублей в месяц);

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 2088,9 тыс. рублей в год (174,08 тыс. рублей в месяц);

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий более 2000 жителей, – 2506,7 тыс. рублей в год (208,89 тыс. рублей в месяц) (коэффициент уровня, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих от 1500 до 2000 жителей, составляет 1,2).

3.8. Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, не соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н), осуществляется исходя из базовых нормативов финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, указанных в пункте 3.7. Тарифного соглашения, с применением коэффициента специфики оказания медицинской помощи равного 0,9.

Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н), осуществляется исходя из базовых нормативов финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, указанных в пункте 3.7. Тарифного соглашения, с применением коэффициента специфики оказания медицинской помощи равного 1.

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

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 комплексных услуг в Центрах здоровья – приложение 9;
- тарифы на оплату проведения диспансеризации, углубленной диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан – приложения 10, 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 – приложение 13.1.

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 затратоемкости, 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 **5844,95 рублей** и **4142,89 рублей** соответственно.

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

Средний норматив финансовых затрат на единицу объема (на госпитализацию) предоставления медицинской помощи в круглосуточном стационаре составляет 39 951,50 рублей, коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат к базовой ставке равен 0,6506.

**Базовая ставка финансирования стационарной помощи** (средняя стоимость законченного случая лечения заболеваний в стационарных условиях, включенного в КСГ) составляет **25 992,45 рублей**.

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи составляют:

III (клинический) уровень – 1,12 (средневзвешенный коэффициент):

подуровень 1 – 1,1;

подуровень 2 – 1,15;

II (межрайонный) уровень – 1,05 (средневзвешенный коэффициент):

подуровень 1 – 0,9;

подуровень 2 – 0,97;

подуровень 3 – 1,0;

подуровень 4 – 1,2;

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 (симультаных) 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 норматив финансовых затрат на единицу объема (на госпитализацию) предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара 25 048,5 рублей, коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат к базовой ставке равен 0,6003.

**Базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара** (средняя стоимость законченного случая лечения заболеваний в условиях дневного стационара, включенного в КСГ) составляет **15 036,61 рублей**.

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи составляют:

II (межрайонный) уровень – 0,98 (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. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, на прикрепившихся лиц составляет 922,45 рублей.**

**3.15. Значение базового подушевого норматива финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, составляет 853,87 рубля.**

**Размер среднемесячного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи для общепрофильных бригад, бригад интенсивной терапии, специализированных бригад составляет 71,16 рублей на одно застрахованное лицо.**

Относительные коэффициенты половозрастных затрат подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи 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, 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 100 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

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. РАЗМЕРЫ НЕОПЛАТЫ, НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, А ТАКЖЕ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА**

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 01.01.2023 г.

5.4. Действие настоящего Тарифного соглашения распространяется на случаи медицинской помощи, оказанные с 01.01.2023 г. по 31.12.2023 г.

5.5. Признать утратившим силу с 01.01.2023 г. Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2022 год.

5.6. Случаи медицинской помощи, оказанные до 01.01.2023 г., оплачиваются в порядке и по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2022 год.

Заместитель Председателя  
Кабинета Министров  
Чувашской Республики -  
министр здравоохранения

  
В.Г. Степанов

Председатель Совета Ассоциации  
«Союз медицинских работников  
Чувашской Республики»

  
Е.В. Барсукова

Генеральный директор  
АО «Чувашская МСК»

  
Е.А. Федорова

Директор Территориального  
фонда ОМС Чувашской Республики

  
М.В. Дроздов

Генеральный директор  
АО «СК «Чувашия-Мед»

  
Г.Т. Акимова

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 фельдшерских пунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, 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 медицинскую помощь в амбулаторных условиях в системе обязательного медицинского страхования, действующие 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 услуг, 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 отдельных случаев оказания амбулаторной помощи в системе  
обязательного медицинского страхования, действующие  
на территории Чувашской Республики.

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

Тарифы на оплату лабораторных исследований и отдельных медицинских услуг, действующие 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 отдель-  
ных категорий населения, а также углубленной диспансеризации граждан в системе обязатель-  
ного 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 Чу-  
вашской Республике бесплатной медицинской помощи.

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

Тарифы на медицинскую помощь в амбулаторных условиях (1 обращение) в системе обязатель-  
ного медицинского страхования, действующие на территории Чувашской Республики.

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

Тарифы на оплату комплексных посещения в рамках проведения диспансерного наблюдения,  
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 дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой 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 дифференциации подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

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 клинико-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 клинико-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.

**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 неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества
<b>Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико – экономического контроля</b>				
1.1.	KOD=201	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение 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.		0,3
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 персонифицированного 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 по-	1,0	

		<p>мощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;</p>		
1.6.3.	KOD=274	<p>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;</p>	1,0	
1.6.4.	KOD=214	<p>включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом 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.</p>	1,0	
1.7.	<p>Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:</p>			
1.7.1.	KOD=275	<p>включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;</p>	1,0	
1.7.2.	KOD=276	<p>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;</p>	1,0	
1.8.	<p>Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:</p>			
1.8.1	KOD=217	<p>включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;</p>	1,0	
1.8.2.	KOD=277	<p>предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности по случаям</p>	1,0	

		оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации;		
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 медицинской организацией;	1,0	
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	



<b>Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико – экономической экспертизы</b>				
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 застрахованному 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).	1,0	0,3
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=240	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 пе-	0,5	0,5

		речень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.		
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 поручению;	1,0	
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	1,0	

		соответствует табелю учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней)		
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 обязательного медицинского страхования.		0,3

### **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 и с учетом стандартов медицинской помощи, 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=250	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	
3.1.2.	KOD=251	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=252	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо со-	0,4	0,3

		здавшее риск возникновения нового заболевания		
3.1.4.	KOD=253	приведшее к инвалидизации;	0,9	1,0
3.1.5.	KOD=254	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 и с учетом стандартов медицинской помощи, 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=255	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	
3.2.2.	KOD=256	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 медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,4	0,3
3.2.3.	KOD=257	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=258	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=259	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 невыпол-	0,9	1,0

		нении данных рекомендаций.		
3.2.6.	KOD=260	по результатам проведенного диспансерного наблюдения.	0,9	1,0
3.3.	KOD=261	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи 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 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).	0,3	
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=265	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к про-	1,0	0,3

		фильности 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)		
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 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.	1,0	0,3
3.10.	KOD=282	Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического 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, участ-	0	0,3

		вующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача.		
3.13.	КОД=283	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 стандартов медицинской помощи и 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:

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

где:

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

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

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

$$C_{\text{шт}} = \text{РП} \times K_{\text{шт}},$$

где:

$C_{\text{шт}}$  - 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, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по все видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, или подушевой норматив финансирования;

$K_{\text{шт}}$  - 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

Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема её оказания (вызов скорой медицинской помощи) по видам медицинской помощи.