

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
по обязательному медицинскому страхованию
в Чувашской Республике на 2021 год
(с изменениями от 03.02.2021, от 05.03.2021, от 31.03.2021)

г. Чебоксары

30 декабря 2020 г.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящее Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2021 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 2020 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 28 декабря 2020 г. № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», постановления Кабинета Министров Чувашской Республики от 30 декабря 2020 г. № 762 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республике медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо от 30 декабря 2020 года Министерства здравоохранения Российской Федерации №11-7/И/2-20691и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №00-10-26-2-04/11-51), приказа Минздрава России от 31 декабря 2020 г. № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», приказа Федерального фонда ОМС от 28 февраля 2019 г. № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

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 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 на 2020 год.

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 подшевному 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, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-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 (за единицу объема медицинской помощи) в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подшевному нормативу, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

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

за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии);

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 Минздрава 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 подшевному 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 подшевному 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 так же 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 так же 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);

- профилактические медицинские осмотры, проводимые в том числе в рамках диспансеризации, включая посещения к врачам-терапевтам 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).

- взятия биоматериала, а также тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- проведение телемедицинского консультирования (с изм. от 03.02.2021).

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

– 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 финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов;

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

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 **мероприятий по медицинской профилактике заболеваний** является оплата за посещение, за законченный случай.

Объем и порядок диспансеризации устанавливаются нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации и МЗ ЧР.

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.

Оплата отдельных диагностических услуг, проводимых в рамках второго этапа диспансеризации (приложение 8.1 к Тарифному соглашению), включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации.

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.

Межучрежденные 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 лабораторией 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 (с изм. от 03.02.2021).

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 осуществляется за медицинскую услугу (приложение 10 к Тарифному соглашению) (с изм. от 03.02.2021).

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. Способом оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, является оплата за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистическая группа), за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Способом оплаты применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) является оплата за законченный случай экстракорпорального оплодотворения, при этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, приведен в приложении 3.

2.3.2. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований производится в следующем порядке:

- в случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа) составила более 3-х дней и пациенту была выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся основным классификационным критерием отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10);

- при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев;

- если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты;

- прерванные случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, оплачиваются в соответствии с п. 2.3.3.

2.3.3. Оплата случаев оказания стационарной помощи и медицинской помощи в дневных стационарах всех типов, при которых длительность госпитализации составляет 3 дня и менее, производится:

- в случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ (приложение 28 к Тарифному соглашению), - в размере 80% от стоимости Тарифа;

- в случае если пациенту была выполнена хирургическая операция с использованием эндоскопических технологий - в размере 90% от стоимости Тарифа;

- в случаях если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводилась - в размере 30% от стоимости Тарифа;

- законченные случаи лечения, для которых длительности госпитализации 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения, не могут быть отнесены к прерванным случаям лечения, такие КСГ включены в приложение 27 к Тарифному соглашению и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения - в размере 100% от стоимости Тарифа.

2.3.4. Способом оплаты случаев лечения в круглосуточном и дневном стационарах при проведении диализа является оплата за услугу, день обмена (приложение 26) и является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

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 в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

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. 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 4.1- 4.4 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 так же 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 (с изм. от 03.02.2021).

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Чувашской Республики, в расчет на одно застрахованное лицо в соответствии с постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 30 декабря 2020 г. № 762 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республике медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» составляет:

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – 4735,64 рубля на одно застрахованное лицо в год;

- в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях – 5643,65 рубля на одно застрахованное лицо в год;

- в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара – 1289,9 рубля на одно застрахованное лицо в год;

- в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 762,38 рубля на одно застрахованное лицо в год.

3.3. Тарифы на оплату диагностических услуг, лабораторных исследований устанавливаются в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 ок-

тября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 ноября 2017 года, регистрационный № 48808), с изменениями, (приложения 8, 10).

3.4. Размер среднемесячного подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи составляет 185,32 рублей на одно застрахованное лицо.

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.

3.5. 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 Минздрава России от 15.05.2012 №543н), составляет в среднем:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий менее 100 жителей, – 808,56 тыс. рублей в год (67,38 тыс. рублей в месяц);

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 010,7 тыс. рублей в год (84,23 тыс. рублей в месяц);

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, –1 601,2 тыс. рублей в год (133,44 тыс. рублей в месяц);

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, –1 798,0 тыс. рублей в год (149,84 тыс. рублей в месяц);

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий более 2000 жителей, –2157,6 тыс. рублей в год (179,80 тыс. рублей в месяц) (с изм. от 05.03.2021).

3.6. Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, не соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздрава России от 15.05.2012 №543н), осуществляется исходя из базовых нормативов финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, указанных в пункте 3.5. 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 Минздрава России от 15.05.2012 №543н), осуществляется исходя из базовых нормативов финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, указанных в пункте 3.5. 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 (с изм. от 05.03.2021).

3.7. 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 и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан – приложение 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.

3.8. При оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях за единицу объема тарифы определяются исходя из установленных Тарифным соглашением (приложения 5-10, 12, 13) (с изм. от 03.02.2021).

3.9. 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 5332,21рублей и 3750,4 рубля соответственно.

3.10. Перечень клинико-статистических групп заболеваний, применяемых при оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, с указанием коэффициентов относительной затратоемкости, управленческих коэффициентов приведен в приложении 20.

Базовая ставка финансирования стационарной помощи (средняя стоимость законченного случая лечения заболеваний в стационарных условиях, включенного в КСГ) составляет **23456,22 рубля.**

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи составляют:

III (клинический) уровень – 1,16 (средневзвешенный коэффициент):

подуровень 1 – 1,1;

- подуровень 2 – 1,2;
- подуровень 3 – 1,3;
- II (межрайонный) уровень – 0,96 (средневзвешенный коэффициент):
 - подуровень 1 – 0,97;
 - подуровень 2 – 1,0;
- I (муниципальный) уровень – 0,9.

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 30, перечень однотипных операций на парных органах, при оплате которых применяется коэффициент сложности лечения пациентов, представлен в приложении 31.

Тарифы на оплату законченного случая лечения заболеваний в стационарных условиях, включенного в КСГ, установлены приложением 22. Случаи лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями, выполненные в условиях круглосуточного стационара, оплата которых осуществляется с учетом доли заработной платы и прочих расходов, установлены приложением 22.1.

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.

3.11. Перечень клинико-статистических групп заболеваний, применяемых при оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, с указанием коэффициентов относительной затратоемкости, управленческих коэффициентов приведен в приложении 21.

Базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара (средняя стоимость законченного случая лечения заболеваний в условиях дневного стационара, включенного в КСГ) составляет **13285,10 рубля**.

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи составляют:

III (клинический) уровень – 1,18 (средневзвешенный коэффициент):

подуровень 1 – 1,1;

подуровень 2 – 1,3;

II (межрайонный) уровень – 0,99 (средневзвешенный коэффициент):

подуровень 1 – 0,955;

подуровень 2 – 1,0;

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 31.

Тарифы на оплату законченного случая лечения заболеваний в условиях дневного стационара, включенного в КСГ, устанавливаются приложением 23. Случаи лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями, выполненные в условиях дневного стационара, оплата которых осуществляется с учетом доли заработной платы и прочих расходов, установлены приложением 23.1.

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

3.12. Размер среднемесячного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет:

- для общепрофильных бригад, бригад интенсивной терапии, специализированных бригад – 59,55 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.

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

3.14. 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;
- на приобретение лекарственных средств;
- на приобретение расходных материалов;
- на приобретение продуктов питания;
- на приобретение мягкого инвентаря;
- на приобретение медицинского инструментария, реактивов и химикатов;
- на приобретение прочих материальных запасов;
- расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования);
- расходы на оплату стоимости организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации);
- расходы на оплату услуг связи;
- расходы на оплату транспортных услуг;
- расходы на оплату коммунальных услуг;
- расходы на оплату работ и услуг по содержанию имущества;
- расходы на арендную плату за пользование имуществом;
- расходы на оплату программного обеспечения и прочих услуг;
- расходы на социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации;
- прочие расходы;

- расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу.

3.15. 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.

3.16. За использование не по целевому назначению медицинская организация несет ответственность в соответствии со статьей 39 Федерального закона.

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

4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ 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 ФФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Порядок).

4.2. Результаты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи оформляются актами и передаются СМО, Территориальным фондом ОМС Чувашской Республики в медицинские организации в порядке и по форме, утвержденными 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 неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, рассчитанными в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи, установленным Правилами обязательного медицинского страхования.

Коды ошибок и финансовые санкции 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 неокказание, 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-рп, осуществляется путем индексации Тарифов с учетом исполнения доходной части бюджета Территориального фонда ОМС Чувашской Республики.

5.3. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2021 г.

5.4. Действие настоящего Тарифного соглашения распространяется на случаи медицинской помощи, оказанные с 01.01.2021 г. по 31.12.2021 г.

5.5. Признать утратившим силу с 01.01.2021 г. Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2020 год.

5.6. Случаи медицинской помощи, оказанные до 01.01.2021 г., оплачиваются в порядке и по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2020 год.

Министр здравоохранения
Чувашской Республики

В.Г. Степанов

Директор
Территориального фонда ОМС
Чувашской Республики

В.Н. Александров

Председатель Совета Ассоциации
«Союз медицинских работников»

И.о. генерального директора
АО «СК «Чувашия-Мед»

Чувашской Республики»

Е.В. Барсукова

Т.В. Короткова

И.о. генерального директора
АО «Чувашская МСК»

Председатель Чувашской республиканской
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации

Е.А. Федорова

Т.З. Константинова

Приложение 1
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике
(с изм. от 05.03.2021).

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

Приложение 2
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике
(с изм. от 03.02.2021, 05.03.2021, 31.03.2021)

Условия оплаты медицинской помощи.

Приложение 3
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике
(с изм. от 05.03.2021).

Перечень медицинских организаций и способов оплаты медицинской помощи.

Приложение 3.1
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике
(с изм. от 05.03.2021).

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
(с изм. от 05.03.2021).

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
(с изм. от 05.03.2021).

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
(с изм. от 05.03.2021).

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
(с изм. от 05.03.2021, 31.03.2021).

Перечень фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в разрезе медицинских организаций.

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
(с изм. от 03.02.2021, 05.03.2021, 31.03.2021)

Тарифы на оплату отдельных диагностических услуг в системе обязательного медицинского страхования, проводимых в рамках оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствии с заданием по обеспечению государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республике медицинской помощи.

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 в соответствии с заданием по обеспечению государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республике медицинской помощи.

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
(с изм. от 03.02.2021, 31.03.2021)

Тарифы на оплату лабораторных исследований и отдельных медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования, оказываемых в соответствии с заданием по обеспечению государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республике медицинской помощи.

Приложение 11
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике
(с изм. от 05.03.2021).

Тарифы на оплату законченных случаев диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий населения 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 медицинскую помощь в амбулаторных условиях (1 обращение) в системе обязательного медицинского страхования, действующие на территории Чувашской Республики.

Приложение 14
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике
(с изм. от 03.02.2021)

Тарифы на случаи оказания высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров, включенные в базовую программу обязательного медицинского страхования Чувашской Республики.

Приложение 15
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике
(с изм. от 05.03.2021).

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
(с изм. от 31.03.2021).

Премияльные (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 тарифов для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь преимущественно сельскому населению.

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
(с изм. от 31.03.2021).

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 22.1

к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике
(с изм. от 31.03.2021).

Тарифы на законченные случаи оказания стационарной медицинской помощи для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями, 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
(с изм. от 31.03.2021).

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 23.1
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике
(с изм. от 31.03.2021).

Тарифы на законченные случаи, оказанной в условиях дневного стационара для случаев лекарственной терапии взрослых злокачественными новообразованиями, 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.

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

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Санкции *		
		Коэффициент для определения суммы, не подлежащей оплате, уменьшения оплаты медицинской помощи, возмещения: Кно	Коэффициент для определения размера штрафа: Кшт	
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц				
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:			
1.1.1.	KOD=1	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;	-	0,3
1.1.2.	KOD=2	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	-	0,3
1.1.3.	KOD=3	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме, 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
1.1.4.	KOD=129	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.		
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.2.1.	KOD=4	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	1,0
1.2.2.	KOD=5	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.	-	3,0
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.3.1.	KOD=6	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	1,0

1.3.2.	KOD=7	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).	-	3,0
1.4.	KOD=8	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования;	1,0	1,0
1.5.	KOD=9	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, 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, с учетом стандартов медицинской помощи.	0,5	0,5
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения				
2.1.	KOD=10	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети «Интернет».	-	1,0
2.2.		Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:		
2.2.1.	KOD=11	о режиме работы медицинской организации;	-	0,3
2.2.2.	KOD=12	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	-	0,3
2.2.3.	KOD=13	о видах оказываемой медицинской помощи;	-	0,3
2.2.4.	KOD=14	о критериях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,3
2.2.5.	KOD=15	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;	-	0,3
2.2.6.	KOD=16	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой.	-	0,3
2.3.	KOD=17	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.	-	1,0
2.4.		Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	KOD=18	о режиме работы медицинской организации;	-	0,3
2.4.2.	KOD=19	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	-	0,3

2.4.3.	KOD=20	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	0,3
2.4.4.	KOD=21	о критериях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,3
2.4.5.	KOD=22	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;	-	0,3
2.4.6.	KOD=23	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой.	-	0,3
Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи				
3.1.	KOD=24	Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,1	1,0
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 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=25	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	-
3.2.2.	KOD=26	приведшее к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	-
3.2.3.	KOD=27	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	-
3.2.4.	KOD=28	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1,0
3.2.5.	KOD=29	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1,0	3,0
3.2.6.	KOD=130	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.	-	-
3.3.	KOD=131	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий:		

3.3.1.	KOD=30	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).	-	-
3.4.	KOD=32	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	-
3.5.	KOD=33	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 тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова.	0,3	-
3.6.	KOD=34	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 лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1,0
3.7.	KOD=35	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре.	0,7	0,3
3.8.	KOD=36	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	0,6	-
3.9.	KOD=132	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.	-	-
3.10.	KOD=133	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи.	0,3	-
3.11.	KOD=134	Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	-	-
3.12.	KOD=135	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	0,9	1,0
Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации				
4.1	KOD=43	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин;	1,0	1,0

4.2.	KOD=44	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.	0,1	-
4.3.	KOD=45	Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1	-
4.4.	KOD=46	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).	0,5	-
4.5.	KOD=47	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	1,0	-
4.6.	KOD=48	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
4.6.1.	KOD=128	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы	Оплата медицинской помощи осуществляется с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.	0,3
4.6.2.	KOD=49	Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1,0	1,0
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов				
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:			
5.1.1.	KOD=50	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1,0	-
5.1.2.	KOD=51	сумма счета не соответствует итоговой сумме представленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	-
5.1.3.	KOD=52	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;	1,0	-
5.1.4.	KOD=53	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	-
5.1.5.	KOD=54	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	-
5.1.6.	KOD=55	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	1,0	-
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:			
5.2.1.	KOD=56	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	1,0	-

5.2.2.	KOD=57	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);	1,0	-
5.2.3.	KOD=58	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;	1,0	-
5.2.4.	KOD=59	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	1,0	-
5.2.5.	KOD=60	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.	1,0	-
5.3.		Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:		
5.3.1.	KOD=61	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу ОМС;	1,0	-
5.3.2.	KOD=62	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;	1,0	-
5.3.3.	KOD=63	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	1,0	-
5.4.		Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
5.4.1.	KOD=64	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1,0	-
5.4.2.	KOD=65	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1,0	-
5.5.		Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе:		
5.5.1.	KOD=66	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1,0	-
5.5.2.	KOD=67	предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	1,0	-
5.5.3.	KOD=68	предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).	1,0	-
5.6.	KOD=69	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	1,0	-
5.7.		Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		
5.7.1.	KOD=70	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1,0	-

5.7.2.	KOD=71	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1,0	-
5.7.3.	KOD=72	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1,0	-
5.7.4.	KOD=73	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования;	1,0	-
5.7.5.	KOD=74	включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях); - дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);	1,0	-
5.7.6.	KOD=75	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	-
5.8.	KOD=136	отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом.	1,0	-

* Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + Cшт,$$

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

Сшт - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times Kно,$$

где РТ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

Кно – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее - Перечень оснований).

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

$$Cшт = RP \times Kшт,$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$Cшт = РПА базовый \times Kшт,$$

где: РПА базовый - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$Cшт = РПСМП базовый \times Kшт,$$

где: РПСМП базовый - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

3) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания:

$$Cшт = РППП базовый \times Kшт,$$

где: РППП базовый - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

4) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

$$\text{Сшт} = \text{РПСТ} \times \text{Кшт},$$

где: РПСТ - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа.

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
(с изм. от 05.03.2021).

Перечень отдельных видов диагностических исследований и их предельная 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.