

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**по обязательному медицинскому страхованию**  
**в Чувашской Республике**  
**на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов**

г. Чебоксары

27 декабря 2018 г.

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1.1. Настоящее Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов (далее – Тарифное соглашение) заключено между Министерством здравоохранения Чувашской Республики, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чувашской Республики, ОО «Медицинская ассоциация 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 27 декабря 2018 года.

1.2. 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», постановления Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. № 1506 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», постановления Кабинета Министров Чувашской Республики от 26 декабря 2018 г. № 564 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республике медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 ноября 2018 г., приказа Федерального фонда ОМС от 21 ноября 2018 г. № 247 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», приказа Федерального фонда ОМС от 01 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

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

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

1.5. 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.

1.6. 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.

1.7. 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 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов.

**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 в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

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).

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, приведен в приложении 4.

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, среднему медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, осуществляющим прием пациентов с последующей оплатой в рамках Территориальной программы ОМС;

- посещения с профилактическими и иными целями, в том числе разовые посещения связи с заболеванием.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц не включаются:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

- 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 диагностических услуг, лабораторных исследований.

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.

2.2.3. Способом оплаты **мероприятий по медицинской профилактике заболеваний** является оплата за посещение, за обращение (законченный случай).

Способом оплаты мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан является оплата за законченный случай (I этап), по посещениям (последующие этапы).

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

2.2.4. Способом оплаты процедур **диализа в амбулаторных условиях** является оплата за услугу – одну процедуру гемодиализа или перитонеального диализа.

2.2.5. 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.

2.2.6. 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).

2.2.7. Способом оплаты **диагностических услуг, лабораторных исследований** является оплата за медицинскую услугу.

Стоимость лабораторных медицинских услуг включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ.

Межучрежденческие расчеты за оказанные лабораторные услуги осуществляются страховыми медицинскими организациями:

- 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.

2.2.8. 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 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 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).

Способом оплаты применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) является оплата за законченный случай экстракорпорального оплодотворения. Порядок отбора и направления граждан из числа жителей Чувашской Республики на лечение бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения определяется МЗ ЧР.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, приведен в приложении 4.

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) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция 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 100% 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 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ;

- 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;

- по случаям лечения, оплачиваемым по КСГ, включенным в приложение 27 к Тарифному соглашению - в размере 100% от стоимости Тарифа;

- в остальных случаях - в размере 30% от стоимости Тарифа.

2.3.4. Способом оплаты случаев лечения в круглосуточном и дневном стационарах при проведении диализа является оплата за услугу, день обмена, койко-день (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. При оплате 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), – 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 4.

## **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 изложен в приложении 3 «Регламент 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 по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль;

и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь.

Тарифы II уровня устанавливаются для медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров.

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.

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 26 декабря 2018 г. № 564 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республике медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» составляет:

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – 3 986,95 рубля на одно застрахованное лицо в год;

- в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях – 5 274,05 рубля на одно застрахованное лицо в год;

- в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара – 1 165,47 рубля на одно застрахованное лицо в год;

- в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 672,59 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 октября 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 **160,68** рубля на одно застрахованное лицо.

Относительные коэффициенты половозрастных затрат подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи приведены в приложении 18.

Тарифы на основе подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи устанавливаются приложением 17.

Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива, определенные для соответствующей группы медицинских организаций, приведены в приложении 19.

3.5. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)), мероприятий по диспансеризации и профилактическим 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 – приложение 8;
- тарифы на оплату процедур диализа – приложение 26;
- тарифы на оплату комплексных услуг в Центрах здоровья – приложение 9;
- тарифы на оплату лабораторных исследований – приложение 10;
- 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, а также интравитреальное введение лекарственных препаратов в амбулаторных условиях при диабетической ретинопатии и диабетическом макулярном отеке, при тромбозе вен сетчатки, при возрастной макулярной дегенерации (стоимость операции на 1 глаз)– приложение 12;
- тарифы на оплату одного обращения, оказываемого в амбулаторных условиях по поводу заболевания, – приложение 13.

3.6. При оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях за единицу объема тарифы определяются исходя из установленных Тарифным соглашением (приложения 5-10, 12, 13), а также коэффициента дифференциации тарифов для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь преимущественно сельскому населению (КДсп) для тарифов I уровня (приложение 19).

При оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц коэффициент дифференциации тарифов для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь преимущественно сельскому населению (КДсп), не применяется.

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

Базовые тарифы на оплату услуг гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»), которые включают в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», составляют **5 096,60** рублей и **3 585,47** рубля соответственно.

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

Базовая ставка финансирования стационарной помощи (средняя стоимость законченного случая лечения заболеваний в стационарных условиях, включенного в КСГ) составляет **20 978,75** рубля.

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи составляют:

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

подуровень 1 – 1,1;

подуровень 2 – 1,4;

II (межрайонный) уровень – 1,07 (средневзвешенный коэффициент):

подуровень 1 – 0,99;

подуровень 2 – 1,11;

подуровень 3 – 1,3;

I (муниципальный) уровень – 0,95.

Коэффициенты сложности лечения пациентов приведены в приложении 24.

Тарифы на оплату законченного случая лечения заболеваний в стационарных условиях, включенного в КСГ, устанавливаются 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.

3.9. Перечень клинико-статистических групп заболеваний, применяемых при оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, с указанием коэффициентов относительной затратноемкости, 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 **11 631,09 рубля**.

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи составляют:

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

подуровень 1 – 1,1;

подуровень 2 – 1,4;

II (межрайонный) уровень – 1,08 (средневзвешенный коэффициент):

подуровень 1 – 0,99;

подуровень 2 – 1,11;

подуровень 3 – 1,3;

I (муниципальный) уровень – 0,95.

Коэффициенты сложности лечения пациентов приведены в приложении 24.

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.

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

- для общепрофильных бригад, бригад интенсивной терапии, специализированных бригад – **50,95** рублей на одно застрахованное лицо.

Относительные коэффициенты половозрастных затрат подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи приведены в приложении 16.

Тарифы на основе подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи устанавливаются приложением 15.

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

3.12. 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.

3.13. 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.

3.14. 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.

3.15. Перечень медицинских услуг и их предельная стоимость для расчетов по договорам гражданско-правового характера, осуществляемых медицинскими учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Чувашской Республики, за счёт средств ОМС, установлены в приложениях 5, 6, 7, 8, 10, 13, 29 Тарифного соглашения.

#### **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 Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «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 неоказание, 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 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 01.01.2019 г. и действует в течение трех лет.

5.4. Признать утратившим силу с 01.01.2019 г. Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов от 19.12.2017 г.

5.5. Действие настоящего Тарифного соглашения распространяется на случаи оказания медицинской помощи с 01.01.2019 г. Случаи оказания медицинской помощи до 01.01.2019 г. оплачиваются в порядке и по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов от 19.12.2017 г.

Министр здравоохранения  
Чувашской Республики

В.Н. Викторов

Директор  
Территориального фонда ОМС  
Чувашской Республики

В.Н. Александров

Председатель Совета ОО «Медицинская  
Ассоциация Чувашской Республики»

Е.В. Барсукова

Временно исполняющий обязанности  
генерального директора  
АО «СК «Чувашия-Мед»

Т.В. Короткова

Генеральный директор

Председатель Чувашской

АО «Чувашская МСК»

республиканской организации профсоюза  
работников здравоохранения  
Российской Федерации

А.И. Дунин

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

Регламент взаимодействия участников ОМС.

Приложение 4  
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому  
страхованию в Чувашской Республике

Перечень медицинских организаций и способов оплаты медицинской помощи.

Приложение 4.1  
к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому  
страхованию в Чувашской Республике

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

Приложение 4.2  
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 4.3  
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 4.4  
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 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 диагностических услуг в системе обязательного медицинского страхования, оказываемых 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

Тарифы на оплату лабораторных исследований 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

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

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

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

Тарифы на основе подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо, действующие на территории Чувашской Республики.

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

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),  
а также уплаты медицинской организацией штрафа,  
в том числе за неказание, несвоевременное оказание  
либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

Код дефекта	Перечень дефектов, нарушений	Санкции *		
		Коэффициент для определения суммы, не подлежащей оплате, уменьшения оплаты медицинской помощи, возмещения: <b>К<sub>но</sub></b>	Коэффициент для определения размера штрафа: <b>К<sub>шт</sub></b>	
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	-	0,3
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 причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска	-	1,0

		возникновения нового заболевания;		
1.2.2.	KOD=5	повлекший за собой причинение вреда здоровью, 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 причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	1,0
1.3.2.	KOD=7	повлекший за собой причинение вреда здоровью, 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, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания 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;	-	0,5
2.2.2.	KOD=12	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	-	0,5
2.2.3.	KOD=13	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	0,5
2.2.4.	KOD=14	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,5
2.2.5.	KOD=15	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;	-	0,5
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 со свободных цен.	-	0,5
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;	-	0,5
2.4.2.	KOD=19	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой	-	0,5

		государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		
2.4.3.	KOD=20	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	0,5
2.4.4.	KOD=21	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,5
2.4.5.	KOD=22	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;	-	0,5
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 со свободных цен.	-	0,5
<b>Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи</b>				
3.1.	KOD=24	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (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, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:		
3.2.1.	KOD=25	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	-
3.2.2.	KOD=26	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или)	0,3	-

		отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);		
3.2.3.	KOD=27	приведших 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 лечения, оформленного в установленном порядке);	0,4	-
3.2.4.	KOD=28	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	0,9	1,0
3.2.5.	KOD=29	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	1,0	3,0
3.3.		Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и(или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:		
3.3.2.	KOD=31	приведших 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 лечения, оформленного в установленном порядке);	0,4	-
3.4.	KOD=32	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения);	0,5	-
3.5.	KOD=33	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка) вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за	0,5	-

		медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.		
3.6.	KOD=34	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (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 в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.	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	-
3.10.	KOD=38	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	1,0	-
3.12.	KOD=40	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения;	0,3	-

3.13.	KOD=41	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	0,3	0,3
3.14.	KOD=42	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	0,9	1,0
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации				
4.1	KOD=43	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин;	1,0	-
4.2.	KOD=44	Отсутствие в первичной 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 первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, 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 истории болезни, с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания);	0,9	-

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=127	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов:	1,0	1,0
4.6.1.	KOD=128	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы	-	-
4.6.2.		Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту	-	-
<b>Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b>				
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;	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:		
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	1,0	-



		полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);		
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 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 случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;	1,0	-
5.3.3.	KOD=63	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих 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 медицинскую помощь:		
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:		

5.5.1.	KOD=66	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1,0	-
5.5.2.	KOD=67	представление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	1,0	-
5.5.3.	KOD=68	представление 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 случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи;	1,0	-
5.7.		Нарушения, связанные с повторным и необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:		
5.7.1.	KOD=70	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, который был оплачен 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 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 услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных в системе ОМС;	1,0	-
5.7.5.	KOD=74	включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме	1,0	-

		дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);		
5.7.6.	KOD=75	включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1,0	-

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

$$C = H + C_{шт},$$

где H - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи,

Cшт - 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 (H) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{но},$$

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

Kно – 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 (Cшт), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = PP \times K_{шт},$$

где PP - размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

Kшт – коэффициент для определения размера штрафа в соответствии с Перечнем оснований.

#### 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 медицинских услуг и их предельная стоимость для расчетов по договорам гражданско-правового характера, осуществляемых медицинскими учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Чувашской Республики, за счёт средств обязательного медицинского страхования.