

**Комиссия по разработке территориальной программы
обязательного медицинского страхования**

18 января 2021 г.

г. Анадырь

РЕШЕНИЕ 01-2021

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 1 на 2021 год

Департамент здравоохранения Чукотского автономного округа (далее Департамент), представителями которого являются:

Заместитель Губернатора – Председателя Правительства, начальник Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа, Председатель комиссии – Ищенко Надежда Мавляновна;

заместитель начальника Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа – Хорбухонова Чимита Лубсанцыреновна.

Чукотский территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее Фонд), представителями которого являются:

директор – Ященко Игорь Константинович;

начальник планово-экономического отдела – Рискин Евгений Владимирович.

Чукотский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» (далее Страховая медицинская организация), представителями которого являются:

директор – Вегера Светлана Алексеевна;

руководитель Службы экспертизы и защиты прав застрахованных – Солодовник Наталья Михайловна.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница», представителями которого являются:

заместитель главного врача по медицинской части – Остапенко Тамара Алексеевна;

заместитель главного бухгалтера – Бобкова Юлия Витальевна,

включенные в состав Комиссии, созданной постановлением Правительства Чукотского автономного округа от 03.04.2012 г. № 142 «О Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Чукотского автономного округа» (далее Постановление) и в дальнейшем именуемые «Стороны», на основании пункта 3 Постановления, делегирующего Комиссии право подписания тарифного соглашения, заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

I. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон);

- Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;
- Постановлением 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»;
- Постановлением Правительства Чукотского автономного округа от 11.01.2021 г. № 1 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов в Чукотском автономном округе»;
- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25.01.2011 г. № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила);
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013 г. № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (далее – Приказ МЗ РФ от 13.03.2019г. № 124н);
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;
- Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2019 года № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Приказ ФФОМС от 28.02.2019 № 36);
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 г. № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;
- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее - Положением об организации оказания первичной медико – санитарной помощи взрослому населению);
- «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», согласно письму

Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30.12.2020 г. № 11-7/И/2-20621, № 00-10-26-2-04/11-51 (далее – Методические рекомендации ФФОМС и Министерства здравоохранения РФ);

- Информационного письма Министерства здравоохранения РФ от 31.12.2020 г. № 11-7/И/2-20700 «разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»;

1.2. Предмет Тарифного соглашения

1.2.1. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи (медицинских услуг), оказываемой в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования, их состав, порядок применения, порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории Чукотского автономного округа при оплате медицинской помощи.

1.2.2. Тарифное соглашение устанавливает общие методические принципы оплаты медицинских услуг в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования населения Чукотского автономного округа, перечень расходов по наименованиям и кодам бюджетной классификации, включенных в состав тарифа, порядок индексации тарифов.

1.2.3. Действие Тарифного соглашения распространяется на медицинские организации, функционирующие в системе обязательного медицинского страхования, в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Чукотского автономного округа бесплатной медицинской помощи на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 годов.

1.3. В рамках настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и их определения:

ОМС - обязательное медицинское страхование;

ЧТФОМС – Чукотский территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее – Фонд);

СМО (страховая медицинская организация) - страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Чукотского автономного округа.

МО (медицинская организация) - юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации и включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования;

тариф на медицинскую услугу – денежная сумма, определяющая уровень возмещения и состав компенсируемых расходов МО, связанных с оказанием

медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования;

состав тарифа – перечень видов расходов МО по статьям экономической классификации, подлежащих финансированию из средств ОМС;

медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

посещение (в том числе при оказании медицинской помощи в неотложной форме) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебной целью, которая используется для планирования нормативов объема и финансового обеспечения в рамках ТПГТ;

подушевой норматив финансирования – средства, выделяемые для финансирования амбулаторно – поликлинической помощи или скорой медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в месяц;

прикрепленное население – лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию, получающие медицинские услуги в медицинской организации по месту жительства (пребывания), работы или по выбору застрахованного лица и включенные в поименные списки;

законченный случай лечения в поликлинике – **обращение** по поводу заболевания (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2, когда цель обращения достигнута). Обращение как законченный случай по поводу заболевания складывается из первичных и повторных посещений.

Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента только при последнем посещении больного по данному поводу;

условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом, ортодонтическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (I класс по Блеку);

законченный случай лечения в стационаре – совокупность медицинских услуг, в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию (утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти), предоставленных пациенту в стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписки), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата.

прерванный случай лечения в стационарных условиях и условиях дневного стационара – перевод пациента в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований;

КПГ (клинико-профильная группа) – это группа отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи;

базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров (средняя стоимость законченного случая лечения);

коэффициент уровня оказания медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

коэффициент сложности лечения пациентов – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации;

коэффициент специфики – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико – статистической группе заболеваний;

коэффициент относительной затратоемкости по клинико-профильной группе заболеваний – устанавливаемый рекомендациями Минздрава РФ и ФФОМС коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

II. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. Оплата медицинской помощи по Программе ОМС, оказанной медицинскими организациями застрахованным гражданам, производится:

2.1.1. По амбулаторно-поликлинической медицинской помощи:

а) в части базовой программы обязательного медицинского страхования:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно – сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно – генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских

пунктов), 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, при межучрежденческих расчетах, медицинскими организациями при формировании реестров счетов на оплату в страховую медицинскую организацию при подушном финансировании, 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, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной 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).

б) в части сверх базовой программы обязательного медицинского страхования:

по подушному нормативу финансирования на прикрепившихся лиц 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, в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, медицинскими организациями при формировании реестров счетов на оплату в страховую медицинскую организацию при подушном финансировании и при межучрежденческих расчетах).

Перечень медицинских организаций оказывающих амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь:

а) МО - Фондодержатели, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушному нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в части базовой и сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования:

№ п/п	Наименование организаций	Почтовый адрес
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница»	689000, г. Анадырь, ул. Ленина, 1

б) МО - Исполнители, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай):

№ п/ п	Наименование организаций	Почтовый адрес
1	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть № 4 Федерального медико-биологического агентства»	689450, г. Билибино, м-н Арктика 2, корп. 5
2	Федеральное казенное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Чукотскому автономному округу»	689000, г. Анадырь, ул. Мандрикова, д. 14а

Финансирование МО - Фондодержателей на основе подушевого норматива финансирования производится СМО из общего подушевого норматива финансирования, утверждаемого Фондом ежемесячно в установленном порядке.

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, в части базовой программы обязательного медицинского страхования не включаются:

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- расходы на медицинскую помощь при заболеваниях передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдроме приобретенного иммунодефицита, туберкулезе, психических расстройств и расстройств поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего (своевременного) выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ;
- расходы на оказание стоматологической медицинской помощи;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в «Центрах здоровья».

2.1.2. По медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КПП); 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.

Перечень медицинских организаций оказывающих стационарную медицинскую помощь:

№ п/ п	Наименование организаций	Почтовый адрес
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница»	689000, г. Анадырь, ул. Ленина, 1

Для МО, входящих в систему ОМС Чукотского автономного округа, применяются следующие уровни по установлению тарифов для медицинской помощи в круглосуточном стационаре:

№ п/п	Наименование подразделения	Уровень оказания медицинской помощи
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница» (подразделения расположенные в г. Анадырь, г. Билибино, п. Эгвекинот)	2
2	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница» (подразделения расположенные вне г. Анадырь, г. Билибино, п. Эгвекинот)	1

Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи:

В целях оплаты медицинской помощи к прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КПП, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КПП. Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия, определяющее отнесение случая к КПП, не проводилось, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КПП (основным классификационным критерием отнесения к КПП в данных случаях является диагноз МКБ 10).

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) тромболитическая терапия, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КПП, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КПП. Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия, определяющее отнесение случая к КПП, не проводилось, случай оплачивается в размере 80 % от стоимости, определенной тарифным соглашением для КПП (основным классификационным критерием отнесения к КПП в данных случаях является диагноз МКБ 10).

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара, 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 КПП, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КПП с наибольшим размером оплаты.

Оплата по двум КПП осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

- оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

При этом если один из случаев лечения, оплачиваемых по двум КПП, является прерванным, его оплата осуществляется с установленными правилами.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КПП должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

Оплата законченного случая производится по основному заболеванию, т.к. лечение сопутствующей патологии и осложнений учтены при расчете тарифов.

На период распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) при лечении пневмоний вызванных COVID-19 в условиях круглосуточного стационара вводятся специальные группы клинко-профильные группы (COVID-19 легкое течение заболевания, COVID-19 среднетяжелое течение заболевания, COVID-19 тяжелое течение заболевания). При формировании реестров счетов по этим клинко-профильным группам в качестве основного диагноза необходимо указывать код МКБ10 из группы U07 и в качестве диагноза осложнения заболевания указывать кода МКБ10 из рубрики J12-J18. Тариф для тяжелого течения заболевания применяется в случае непрерывного проведения искусственной вентиляции легких в течение 120 часов и более. Тариф для среднетяжелого течения заболевания применяется в случае непрерывного проведения искусственной вентиляции легких в течение менее 120 часов. Тариф для легкого течения заболевания применяется для случаев, при которых искусственная вентиляция легких не применялась.

Случаи сбора материала для тестирования COVID-19 подаются в электронном реестре как амбулаторно-поликлинический прием с профилактической целью при оказании доврачебной помощи с указанием основного диагноза из рубрики U07 либо с указанием первичного диагноза

U07.2 и основного диагноза Z11.5, Z22.8, Z20.8 либо Z03.8. Стоимость тестирования на COVID-19 (забор материала) составляет 902,94 руб.

2.1.3. По медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КППГ); 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, лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований. Единицей измерения является случай лечения.

Перечень медицинских организаций оказывающих стационарно замещающую медицинскую помощь:

№ п/п	Наименование организаций	Почтовый адрес
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница»	689000, г. Анадырь, ул. Ленина, 1
2	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть № 4 Федерального медико-биологического агентства»	689450, г. Билибино, м-н Арктика 2, корп. 5

Для МО, входящих в систему ОМС Чукотского автономного округа, применяются следующие уровни по установлению тарифов для медицинской помощи в дневном стационаре:

№ п/п	Наименование подразделения	Уровень оказания медицинской помощи
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница» (подразделения расположенные в г. Анадырь, г. Билибино, п. Эгвекинот)	2
2	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница» (подразделения расположенные вне г. Анадырь, г. Билибино, п. Эгвекинот)	1
3	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть № 4 Федерального медико-биологического агентства»	1

Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи:

В целях оплаты медицинской помощи к прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КППГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КППГ. Если хирургическое лечение, либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КППГ, не проводилось,

случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КПП (основным классификационным критерием отнесения к КПП в данных случаях является диагноз МКБ 10).

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, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КПП, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КПП. Если хирургическое лечение, либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КПП, не проводилось, случай оплачивается в размере 80 % от стоимости, определенной тарифным соглашением для КПП (основным классификационным критерием отнесения к КПП в данных случаях является диагноз МКБ 10).

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар), 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 (при переводе из одного структурного подразделения медицинской организации в другое), оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КПП, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КПП с наибольшим размером оплаты, за исключением перевода пациента из одного структурного подразделения медицинской организации в другое.

Оплата по двум КПП осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

При этом если один из случаев лечения, оплачиваемых по двум КПП, является прерванным, его оплата осуществляется с установленными правилами.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КПП должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

Оплата законченного случая проводится по основному заболеванию, т.к. лечение сопутствующей патологии и осложнений учтены при расчете тарифов.

2.1.4. 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, за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования), вне зависимости от пола и возраста пациента.

Базовый 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 скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемую 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;

Финансирование МО на основе подушевого норматива финансирования производится СМО из полученного общего размера финансового обеспечения, утверждаемого ежемесячно Фондом по дифференцированным подушевым нормативам.

Оплата скорой медицинской помощи осуществляется СМО в пределах планового размера финансирования, определенного для МО Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Перечисление средств МО, рассчитанных по подушевому нормативу финансирования на прикрепленных застрахованных лиц, производится СМО в порядке, предусмотренном договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС ежемесячно в размере 1/12 от годовой суммы, установленной Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. Общий объем ежемесячного подушевого финансового обеспечения МО, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определен в приложении № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень медицинских организаций оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования:

№ п/п	Наименование организаций	Почтовый адрес
----------	--------------------------	----------------

1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница»	689000, г. Анадырь, ул. Ленина, 1
---	---	--------------------------------------

МО ежемесячно предоставляют в СМО счет на оплату медицинской помощи и реестры счетов за скорую медицинскую помощь по установленному тарифу и объемам медицинской помощи, в целях оценки выполнения плановых объемов медицинской помощи установленных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Запланированный годовой объем скорой медицинской помощи, финансовое обеспечение которого осуществляется по подушевому нормативу финансирования, утвержден в Приложении № 14 к настоящему Тарифному соглашению.

Объемы по скорой медицинской помощи, установленные Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, между МО на год корректируются не реже одного раза в квартал.

2.1.5. МО, ежемесячно, формируют реестр счетов, в котором включаются случаи лечения, закончившиеся в текущем и предшествующем месяцах.

2.2. Оплата медицинской помощи из средств ОМС производится:

- СМО за оказанные медицинские услуги застрахованным гражданам на основании Договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- Фондом в соответствии с разделом IX Правил ОМС, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования МО, производится СМО на основании Договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по согласованным тарифам в пределах средств, переданных Фондом в СМО согласно Договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и приказу ФФОМС от 28.02.2019 № 36.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам, производится СМО и Фондом после проведения контрольных мероприятий.

Обязательства МО, следствием неисполнением которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты МО штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества представлены в приложении № 11.

Оплата лечения граждан, застрахованных в других субъектах Российской Федерации (далее - иногородних граждан), на территории Чукотского автономного округа осуществляется по видам расходов утвержденных постановлением Правительства Чукотского автономного округа от 11.01.2021 г. № 1 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов в Чукотском автономном округе» для видов медицинской помощи, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Оплата медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам, производится Фондом после проведения контрольных мероприятий. Обязательства МО, следствием неисполнением которых является возможность

неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты МО штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества представлены в приложении № 11.

2.3. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества определяется:

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях путем умножения подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленного Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля и коэффициента для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации путем умножения подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленного Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля и коэффициента для определения размера штрафа;

3) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара путем умножения подушевого норматива финансирования, установленного 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 и коэффициента для определения размера штрафа.

III. Тарифы на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи по одним и тем же ее видам являются едиными для всех медицинских организаций одного уровня, оказывающих медицинскую помощь в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования, независимо от организационно-правовой формы.

3.2. Утвержденные тарифы доводятся до МО и СМО приказом Фонда и являются обязательными при осуществлении взаиморасчетов между участниками системы ОМС.

3.3. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Чукотского автономного округа в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования включает в себя:

3.3.1. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и

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

3.3.2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи сверх базовой программы обязательного медицинского страхования включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.3.3. При расходовании средств на заработную плату работников медицинских организаций не учитываются и в структуру тарифа не входит оплата труда специалистов с высшим и средним медицинским образованием, оказывающим медицинскую помощь, не предусмотренную разрешением на медицинскую деятельность (лицензией) и (или) не имеющих действующих сертификатов по соответствующей специальности.

3.4. Для повышения заинтересованности медицинских организаций в осуществлении амбулаторно - поликлинической и стационарно-замещающей помощи устанавливаются повышающие коэффициенты:

3.4.1. Тарифы на доврачебную медицинскую помощь, оказываемую во всех МО, устанавливаются с применением коэффициента 0,51 к среднему базовому тарифу по амбулаторно-поликлинической помощи.

3.4.2. Тарифы на медицинскую помощь, оказываемую в круглосуточных стационарах и стационарах дневного пребывания, устанавливаются с применением коэффициента уровня стационара (дневного стационара) к базовым тарифам по конкретному виду медицинской помощи.

3.5. Для оплаты медицинской помощи применяются следующие тарифы:

- 1) тариф на законченный случай лечения заболевания, включенного в клинко-профильную группу, в стационарных условиях;
- 2) тариф на одно посещение с профилактической целью, (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, медицинскими организациями при формировании реестров счетов на оплату в страховую медицинскую организацию при подушевом финансировании и оплаты в случае оказания внешней врачебной консультативной помощи не прикрепленным застрахованным лицам);

3) тариф на одно посещение, оказанное в неотложной форме;

4) тариф на одно посещение по стоматологии с профилактической целью;

5) тариф на одно посещение по стоматологии, оказанное в неотложной форме;

6) тариф за одно обращение по заболеванию (законченный случай лечения при количестве посещений не менее 2-х, за исключением заболеваний по стоматологии по кодам МКБ: K02.0-K02.9, K03.1, K03.6, лечение которых допускается в одно посещение), 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, медицинскими организациями при формировании реестров счетов на оплату в страховую медицинскую организацию при подушевом финансировании и оплаты в случае оказания внешней врачебной консультативной помощи не прикрепленным застрахованным лицам;

7) тариф на законченный случай диспансеризации определенных групп взрослого населения;

8) тариф на законченный случай диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

9) тарифы на медицинские осмотры несовершеннолетних;

10) тариф на профилактический медицинский осмотр взрослого населения;

11) тариф на законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-профильную группу, в условиях дневного стационара;

12) тариф на один вызов скорой медицинской помощи (за исключением скорой санитарно-авиационной медицинской помощи), используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

3.6. Для расчетных базовых тарифов устанавливаются:

3.6.1. Коэффициент уровня оказания стационарной (стационарно-замещающей) медицинской помощи:

- для 1 уровня – 0,9;

- для 2 уровня – 1,05 ;

3.6.2. Коэффициент дифференциации – 3,45;

3.6.3. Коэффициент относительной затроемкости по КПП (устанавливается на федеральном уровне) приведен в расчете тарифа профиля оказанной стационарной помощи и стационарно-замещающей помощи;

3.6.4. Относительные коэффициенты стоимости амбулаторной медицинской помощи для детей и взрослых, устанавливаемые для каждого вида (специальности);

3.6.5. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации) и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающий значения не ниже 65 % от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования, и не ниже 60 % от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования приведен в расчете тарифа профиля оказанной стационарной помощи и стационарно-замещающей помощи.

3.7. Случаи, для которых установлены значения коэффициента сложности лечения пациента в стационарных условиях и условиях дневного стационара представлены в Приложении № 22.

3.8. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи для всех КПП в стационарных условиях и условиях дневного стационара установлен в приложениях №№ 3,4,5.

3.9. Тарифы для лечения застрахованных в медицинских организациях, участвующих в реализации программы ОМС на территории Чукотского автономного округа:

- по амбулаторно-поликлинической помощи, за единицу объема медицинской помощи представлены в Приложении № 1 и 2;
- по стационарной помощи - в Приложениях №№ 3,4;
- по стационарно-замещающей помощи - в Приложении № 5;
- на 1 вызов скорой медицинской помощи, за единицу объема медицинской помощи - Приложение № 10;
- на медицинские услуги – Приложение № 18;
- на оказание паллиативной медицинской помощи – Приложение № 21.

3.10. Оплата медицинской помощи производится по тарифам, действующим на момент выписки пациента.

3.11. При невозможности установления диагноза при проведении профилактического осмотра и последующего направления пациента к соответствующему специалисту для установки диагноза, посещение у врача, проводившего осмотр, должно быть учтено как посещение с профилактической целью. Посещение же у консультирующего специалиста в случае установления диагноза должно быть учтено как посещение по поводу заболевания.

3.12. Размер оплаты стоматологической помощи с профилактической целью, в неотложной форме, а также по заболеванию определяется как произведение стоимости одной УЕТ и количества УЕТ в стоматологическом, лечебно-диагностическом мероприятии. Стоимость 1 УЕТ – 564,47 рубля, стоимость 1 УЕТ при оказании медицинской помощи оказываемой медицинским персоналом со средним медицинским образованием (зубной врач) составляет

287,88 рубля. Для расчета стоимости 1 УЕТ используется средняя кратность УЕТ в одном посещении которая составляет 4,2 в среднем по Российской Федерации. Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях установлено в Приложении № 19.

Оказание первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи должно быть основано на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 1-го, 2-х, 3-х зубов) за одно посещение. При формировании реестров счетов в разделе услуг должны указываться даты визита пациента и коды оказанных услуг с количеством УЕТ.

При расчете стоимости стоматологической помощи, в случаях, когда сумма произведений тарифа на количество УЕТ по отдельным услугам, в следствии округления, не равна произведению тарифа на количество УЕТ отдельного случая, правильной величиной считать сумму рассчитанной по услугам.

3.13. При переводе больного из одного отделения круглосуточного стационара в другое, из круглосуточного стационара в дневной, а также из круглосуточного стационара одной МО в круглосуточный стационар другой МО:

- окончание лечения в первом оформляется как прерванный случай;
- дата окончания лечения в первом отделении и дата начала лечения во втором – могут приходиться на один день.

3.14. Тарифы на медицинские услуги в центрах здоровья устанавливаются за первичное посещение (по законченному случаю, за комплексное обследование) и повторное посещение.

При необходимости выявления дополнительных факторов риска в комплексное обследование включаются иные исследования, проводимые на установленном в центре здоровья оборудовании.

3.15. Базовые тарифы для лечения застрахованных вне территории Чукотского автономного округа соответствуют базовым тарифам лечения застрахованных на территории Чукотского автономного округа.

3.16. Не подлежат учету по ОМС и оплате:

- случаи одновременного лечения застрахованного в круглосуточном стационаре и оказания ему других видов помощи (амбулаторной помощи, в дневном стационаре), кроме дня поступления и выписки из круглосуточного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи;

- консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями (ВК);
- посещения к врачам вспомогательных отделений (кабинетов);
- случаи оказания медицинской помощи на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях;

- случаи оказания медицинской помощи при тяжелом повреждении здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

- выставление нескольких счетов пересекающихся по срокам лечения при оказании амбулаторно-поликлинической помощи застрахованному лицу, врачом одной специальности в рамках одной медицинской организации, за исключением случаев повторного посещения для определения показаний к

госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по стоматологии, не допускается пересечение случаев лечения по номеру зуба.

3.17. Оплата диспансеризации и профилактического медицинского осмотра взрослого населения осуществляется за комплексное посещение, включающий обязательный набор осмотров, исследований и процедур, определенных Приказом МЗ РФ от 13.03.2019г. № 124н.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведения маммографии, исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с приложением № 2 к Приказу МЗ РФ от 13.03.2019г. № 124н.

Тарифы:

- на проведение 1 и 2 этапа диспансеризации мужчин и женщин в определенные возрастные периоды и на осмотры врачами-специалистами и исследования, при проведении 2 этапа диспансеризации представлены в Приложениях № 6 и № 6.1;

- на проведение профосмотра в определенные возрастные периоды представлены в Приложениях № 8 и № 8.1.

Тариф выходного дня для случаев 1 этапа диспансеризации взрослого населения и профилактических медицинских осмотров взрослого населения применяется в случаях, когда оказание услуг «Прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра...» или «Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации...» приходится на выходной день.

Тарифы на медицинские услуги, оказываемые мобильными бригадами не установлены, в связи с отсутствием медицинских организаций, имеющих в своей структуре мобильные медицинские бригады.

3.17.1. Оплата первого этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (далее детей-сирот) осуществляется за законченный случай лечения, включающий обязательный набор осмотров, исследований и процедур, определенных Порядком проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденными приказами Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа.

При проведении диспансеризации учитываются результаты диагностики, медицинских осмотров и диспансерного наблюдения, внесенные в историю развития ребенка и (или) медицинскую карту ребенка для образовательных

учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов и (или) медицинскую карту ребенка, воспитывающегося в доме ребенка, давность которых не превышает 3 месяцев с даты осмотра и (или) исследования, а у детей, не достигших возраста 2 лет, учитываются данные, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра и (или) исследования. Общая продолжительность 1 этапа диспансеризации должна составлять не более 90 календарных дней.

Тарифы на проведение 1 этапа диспансеризации детей-сирот в определенные возрастные периоды представлены в Приложении № 7.

3.17.2. Профилактический осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований (I этап), в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 года № 514н.

В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках I или II этапов профилактического осмотра, оформленного в соответствии со статьей 20 Федерального закона, профилактический осмотр считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований.

Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних представлены в Приложении № 9.

3.17.3. При проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотрах возрастом прохождения является:

- При проведении диспансеризации детей сирот - полный возраст несовершеннолетнего.

- При проведении 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения – календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.

- При проведении профилактических медицинских осмотров взрослого населения – календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.

- При проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних до 2 лет – в течение месяца с момента достижения возраста указанного в Приложении 1 Приказа Министерства здравоохранения РФ от 18.08.2017 г. №514н;

- При проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в 2 года - с возраста достижения 2 лет.

- При проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних с 3 лет – в год достижения несовершеннолетними возраста.

Корректировка тарифов производится на основании заключения дополнений и изменений к настоящему тарифному соглашению.

3.17.4. Датой проведения профилактического мероприятия относительно которой применяется тариф является:

- При проведении диспансеризации взрослого населения - дата приема (осмотра) врачом терапевтом:

- При проведении профилактических медицинских осмотрах взрослого населения - дата приема (осмотра) по результатам профилактического медосмотра фельдшером, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактики;

- При проведении диспансеризация детей сирот – дата приема педиатра;

- При проведении профилактических медицинских осмотров – дата приема педиатра;

3.18. В части в скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации установлены:

1) средний размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, МО, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо – 2 642,33 рублей;

2) коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключающий влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала), коэффициента дифференциации (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации), стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, в том числе за вызов скорой медицинской помощи, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – 1,00;

3) коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи – 1,00;

4) базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания – 9 361,23 рубль.

3.19. Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, установлены Приложением № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

3.20. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены:

1) средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чукотского автономного округа, в расчете на одно застрахованное лицо, (базовая программа ОМС) – 15 876,62 рублей.

2) коэффициенты:

- значения коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключающего

влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

- коэффициент специфики оказания медицинской помощи медицинской организации к базовому подушевому нормативу финансирования, учитывающий критерий половозрастной состав обслуживаемого населения;

- коэффициент уровня оказания медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации);

- коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала – Приложение № 15.

3) размер среднего подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу - Приложение № 16.

4) базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико – санитарной помощи взрослому населению – Приложение № 17.

IV. Размер неоплаты и неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Обязательства МО, неисполнение которых предусматривает неоплату или неполную оплату затрат на оказание медицинской помощи, а также уплату МО штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи устанавливается Приложением № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

V. Заключительные положения

5.1. Действие настоящего Соглашения распространяется на правоотношения возникшие с 01.01.2021 г. по 31.12.2021 г. включительно.


5.2. По взаимному согласию или в соответствии с законодательством Российской Федерации в настоящее Соглашение могут быть внесены изменения и дополнения, являющиеся его неотъемлемой частью, путем заключения Дополнительного соглашения к Тарифному соглашению.

5.3. По всем вопросам, не урегулированным настоящим Соглашением, Стороны будут руководствоваться действующим законодательством.

Заместитель Губернатора – начальник
Департамента здравоохранения Чукотского
автономного округа

 Ищенко Н.М.

Заместитель начальника Департамента
здравоохранения Чукотского автономного
округа

 Хорбухонова Ч.Л.


Директор Чукотского территориального
фонда обязательного медицинского
страхования

 Ященко И.К.

Начальник планово-экономического отдела
Чукотского территориального фонда
обязательного медицинского страхования

 Рискин Е.В.


Директор Чукотского филиала АО
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед»

 Вегера С.А.

Руководитель службы экспертизы и
защиты прав застрахованных Чукотского
филиала АО «Страховая компания
«СОГАЗ-Мед»

 Солодовник Н.М.

Заместитель главного врача по
медицинской части ГБУЗ «Чукотская
окружная больница»

 Остапенко Т.А.

Заместитель главного бухгалтера
ГБУЗ «Чукотская окружная больница»

 Бобкова Ю.В.

Тарифы по амбулаторно-поликлинической помощи для жителей ЧАО в рамках базовой программы обязательного медицинского с 01.01.2021 г.

Базовый тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема), оказанной в амбулаторных условиях профилактическими и иными целями, рублей (Тпбаз)	1 972,02	рубля
Базовый тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема), оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, рублей (Тнбаз)	2 316,68	рубля
Базовый тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема), оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеванием, рублей (Тзбаз)	5 192,60	рубля

Вид медицинской помощи (специальность)	Относит. Коэффициенты		Тарифы по профилактическим посещениям*		Тарифы по посещениям, связанным с оказанием неотложной помощи **		Тарифы по обращениям по заболеванию *	
	Дети	Взрослые	Дети	Взрослые	Дети	Взрослые	Дети	Взрослые
Эндокринология		1,6377		3 229,58		3 794,03		8 503,92
Детская эндокринология	2,2461		4 429,35		5 203,49		11 663,10	
Аллергология и иммунология	1,7389	1,5296	3 429,15	3 016,40	4 028,47	3 543,59	9 029,41	7 942,60
Педиатрия								
Педиатрия	0,8600		1 695,94		1 992,34		4 465,64	
Детская кардиология	1,0330		2 037,10		2 393,13		5 363,96	
Детская ревматология	1,0330		2 037,10		2 393,13		5 363,96	
Терапия								
Терапия		0,8554		1 686,87		1 981,69		4 441,75
Кардиология		0,9675		1 907,93		2 241,39		5 023,84
Ревматология		0,9675		1 907,93		2 241,39		5 023,84
Общая врачебная практика		0,8554		1 686,87		1 981,69		4 441,75
Инфекционные болезни	1,3010	1,2806	2 565,60	2 525,37	3 014,00	2 966,74	6 755,57	6 649,64
Травматология и ортопедия	1,2834	1,1065	2 530,89	2 182,04	2 973,23	2 563,41	6 664,18	5 745,61
Хирургия								
Хирургия (общая)		0,9107		1 795,92		2 109,80		4 728,90
Нейрохирургия	1,7984	1,7852	3 546,48	3 520,45	4 166,32	4 135,74	9 338,37	9 269,83
Урология		0,7301		1 439,77		1 691,41		3 791,12
Детская урология-андрология	0,9189		1 812,09		2 128,80		4 771,48	
Детская хирургия	0,9144		1 803,20		2 118,37		4 748,11	
Онкология		1,3732		2 707,98		3 181,26		7 130,48
Детская онкология	1,3626		2 687,07		3 156,71		7 075,44	
Акушерство и гинекология	0,9576	1,2000	1 888,41	2 366,42	2 218,45	2 780,02	4 972,43	6 231,12
Оториноларингология	0,7267	0,7028	1 433,07	1 385,94	1 683,53	1 628,16	3 773,46	3 649,36
Офтальмология	0,7835	0,5607	1 545,08	1 105,71	1 815,12	1 298,96	4 068,40	2 911,49
Колопроктология		2,0096		3 962,97		4 655,60		10 435,05
Неврология	1,0724	0,9985	2 114,79	1 969,06	2 484,41	2 313,20	5 568,54	5 184,81
Дерматовенерология								
Дерматология	0,8916	0,6790	1 758,25	1 339,00	2 065,55	1 573,03	4 629,72	3 525,78
Центр здоровья								
Первичное посещение			3 391,88	3 373,74				
Вторичное посещение			1 695,94	1 686,87				

Примечание: * - тарифы применяются для отдельных медицинских организаций не имеющих прикрепившихся лиц, оплату медицинской помощи не включенной в подушевое финансирование (стоматология, центр здоровья), при межузрожденческих расчетах, медицинскими организациями при формировании реестров счетов на оплату в страховую медицинскую организацию при подушевом финансировании, а также при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам на территории других субъектов Российской Федерации

** - тарифы применяются для всех медицинских организаций участвующих в реализации территориальной программы ОМС, а также при межузрожденческих расчетах медицинскими организациями в рамках по подушевого финансирования, а также при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации

**Тарифы по амбулаторно-поликлинической помощи для жителей ЧАО в рамках сверх базовой программы
с 01.01.2021 г.**

Базовый тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема), оказанной в амбулаторных условиях профилактическими и иными целями рублей, (Гисбаз)	7 127,19	рубля
Базовый тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема), оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеванием, рублей (Тзсбаз)	20 669,03	рубля

Вид медицинской помощи (специальность)	Относит. Коэффициенты		Тарифы по профилактическим посещениям *		Тарифы по обращениям по заболеванию*	
	Дети	Взрослые	Дети	Взрослые	Дети	Взрослые
Дерматовенерология						
Венерология		0,8962		6 387,39		18 523,58
Психиатрия-наркология						
Психиатрия	2,0118	1,2441	14 338,48	8 866,94	41 581,95	25 714,34
Наркология		1,0792		7 691,66		22 306,02
Фтизиатрия	1,0429	1,0463	7 432,95	7 457,18	21 555,73	21 626,01

Примечание: * - тарифы применяются для отдельных медицинских организаций не имеющих прикрепившихся лиц, медицинскими организациями при формировании расчетов счетов на оплату в страховую медицинскую организацию при подписанием финансирования, при межучрежденческих расчетах

Тариф одного законченного случая лечения заболевания, включенного в клинико - профильную группу, в стационарных условиях для жителей ЧАО с 01.01.2021 г.

	в рамках базовой программы	сверх базовой программы
Уровень медицинской организации*	1	
Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи	0,90	
Коэффициент дифференциации	3,45	
Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи без учета коэффициента дифференциации, рублей	36 086,50	354 406,59
Коэффициент привнесения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации) и коэффициента сложности лечения пациентов	0,901	-
Коэффициент специфики оказания медицинской помощи	1,0	-

* 1 уровень - ГБУЗ "Чукотская окружная больница" (подразделения медицинских организаций находящиеся за пределами населенных пунктов Анадырь, Билибино, Эгвекинот)

Код профиля	Профиль	Относительные коэффициенты затратоемкости КНИ	Тариф одного случая госпитализации, руб.
1	2	3	4
1	Акушерское дело	0,50	50 477,89
2	Акушерство и гинекология	0,80	80 764,62
3	Аллергология и иммунология	1,25	126 194,72
4	Гастроэнтерология	1,04	104 994,00
5	Гематология	1,66	167 586,58
6	Дерматология	0,80	80 764,62
7	Детская кардиология	1,84	185 758,62
8	Детская онкология	6,36	642 078,72
9	Детская урология-андрология	1,15	116 099,14
10	Детская хирургия	1,10	111 051,35
11	Детская эндокринология	1,48	149 414,54
12	Инфекционные болезни	0,65	65 621,25
12.1	Инфекционные болезни (легкое течение заболевания COVID 19)	2,87	289 743,07
12.2	Инфекционные болезни (среднетяжелое течение заболевания COVID 19)	4,96	500 740,63
12.3	Инфекционные болезни (тяжелое течение заболевания COVID 19)	7,40	747 072,72
13	Кардиология	1,49	150 424,10
14	Колoproктология	1,36	137 299,85
15	Неврология	1,12	113 070,47
16	Нейрохирургия	1,20	121 146,93
17	Неонатология	2,96	298 829,09
18	Нефрология (без анализа)	1,69	170 615,26
19	Онкология	4,26	430 071,59
20	Оториноларингология	0,87	87 831,52
21	Офтальмология	0,92	92 879,31
22	Педиатрия	0,80	80 764,62
23	Пульмонология	1,31	132 252,06
24	Ревматология	1,44	145 376,31
25	Сердечно-сосудистая хирургия	1,18	119 127,81
26	Стоматология детская	0,79	79 755,06
27	Терапия	0,73	73 697,71
28	Торакальная хирургия	2,09	210 997,57
29	Травматология и ортопедия	1,37	138 309,41
30	Урология	1,20	121 146,93
31	Хирургия	0,90	90 860,20
32	Хирургия(абдоминальная)	1,20	121 146,93
33	Хирургия(комбустиология)	1,95	196 863,76
34	Челюстно-лицевая хирургия	1,18	119 127,81
35	Эндокринология	1,40	141 338,08
36	Медицинская реабилитация	1,75	176 672,60
37	Гериатрия	1,50	151 433,66
38	Прочее		
38.1	Венерология	0,6100	671 263,80
38.2	Наркология	0,5600	616 242,18
38.3	Психиатрия	0,7000	770 302,72
38.4	Фтизиатрия	0,9600	1 056 415,16
38.5	Инфекционные болезни (лечение ВИЧ-инфекции)	1,2073	1 328 552,11

Тариф одного законченного случая лечения заболевания, включенного в клинко - профильную группу, в стационарных условиях для жителей ЧАО с 01.01.2021 г.

	в рамках базовой программы	сверх базовой программы
Уровень медицинской организации*	2	
Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи	1,05	
Коэффициент дифференциации	3,45	
Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи без учета коэффициента дифференциации, рублей	36 086,50	354 406,59
Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключаяшей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации) и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающий значения не ниже 65 % от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования, и не ниже 60 % от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования	0,901	-
Коэффициент специфики оказания медицинской помощи	1,0	-

* 2 уровень - ГБУЗ "Чукотская окружная больница" (подразделения медицинских организаций находящиеся в пределах населенных пунктов Анадырь, Билибино, Эгвекинот)

Код профиля	Профиль	Относительные коэффициенты затратоемкости КНГ	Тариф одного случая госпитализации, руб.
1	2	3	4
1	Акушерское дело	0,50	58 890,87
2	Акушерство и гинекология	0,80	94 225,39
3	Аллергология и иммунология	1,25	147 227,17
4	Гастроэнтерология	1,04	122 493,00
5	Гематология	1,66	195 517,68
6	Дерматология	0,80	94 225,39
7	Детская кардиология	1,84	216 718,39
8	Детская онкология	6,36	749 091,83
9	Детская урология-андрология	1,15	135 449,00
10	Детская хирургия	1,10	129 559,91
11	Детская эндокринология	1,48	174 316,97
12	Инфекционные болезни	0,65	76 558,13
12.1	Инфекционные болезни (легкое течение заболевания COVID 19)	2,87	338 033,58
12.2	Инфекционные болезни (среднетяжелое течение заболевания COVID 19)	4,96	584 197,41
12.3	Инфекционные болезни (тяжелое течение заболевания COVID 19)	7,40	871 584,84
13	Кардиология	1,49	175 494,79
14	Колитология	1,36	160 183,16
15	Неврология	1,12	131 915,54
16	Нейрохирургия	1,20	141 338,08
17	Неонатология	2,96	348 633,94
18	Нефрология (без диализа)	1,69	199 051,13
19	Онкология	4,26	501 750,19
20	Оториноларингология	0,87	102 470,11
21	Офтальмология	0,92	108 359,20
22	Педиатрия	0,80	94 225,39
23	Пульмонология	1,31	154 294,07
24	Ревматология	1,44	169 605,70
25	Сердечно-сосудистая хирургия	1,18	138 982,45
26	Стоматология детская	0,79	93 047,57
27	Терапия	0,73	85 980,67
28	Торакальная хирургия	2,09	246 163,83
29	Травматология и ортопедия	1,37	161 360,98
30	Урология	1,20	141 338,08
31	Хирургия	0,90	106 003,56
32	Хирургия(абдоминальная)	1,20	141 338,08
33	Хирургия(комбустиология)	1,95	229 674,38
34	Челюстно-лицевая хирургия	1,18	138 982,45
35	Эндокринология	1,40	164 894,43
36	Медицинская реабилитация	1,75	206 118,04
37	Гериатрия	1,50	176 672,60
38	Прочее		
38.1	Венерология		
38.2	Наркология	0,6100	783 141,10
38.3	Психиатрия	0,5600	718 949,21
38.4	Физиатрия	0,7000	898 686,51
38.5	Инфекционные болезни (лечение ВИЧ-инфекции)	0,9600	1 232 484,36
		1,2073	1 549 977,46

Тарифы на проведение 1 этапа диспансеризации мужчин в определенные возрастные периоды с 01.01.2021 г. (в рабочие дни)

Возраст, лет	Тариф, руб.
18, 24, 30	4 849,78
21, 27, 33	3 920,52
36	7 961,11
39	7 031,86
40, 44, 46, 52, 58, 62	8 872,26
41, 43, 47, 49, 53, 59, 61	7 362,10
42, 48, 54	9 846,62
45	13 883,91
50	10 764,01
51	7 971,07
55	9 626,91
56	5 760,92
57	8 336,45
60	12 111,43
63	7 849,27
64	11 137,08
65, 71	8 430,04
66, 70, 72	8 384,93
67, 69, 73, 75	7 455,68
68, 74	9 359,29
76, 78, 82, 84, 88, 90, 94, 96	7 804,02
77, 83, 89, 95	7 849,13
79, 81, 85, 87, 91, 93, 97, 99	6 874,77
80, 86, 92, 98	8 778,38

Тарифы на проведение 1 этапа диспансеризации женщин в определенные возрастные периоды с 01.01.2021 г. (в рабочие дни)

18, 24, 30	8 314,81
21, 27, 33	7 385,55
36	11 426,15
39	10 496,89
40, 44, 46, 50, 52, 56, 58, 62, 64	12 246,22
41, 43, 47, 49, 53, 55, 59, 61	8 728,51
42, 48, 54, 60	15 319,20
45	15 084,12
51, 57, 63	11 801,48
65, 71	9 796,45
66, 70, 72	11 758,90
67, 69, 73, 75	8 822,10
68, 74	12 733,25
76, 78, 82, 84, 88, 90, 94, 96	9 170,44
77, 83, 89, 95	9 215,54
79, 81, 85, 87, 91, 93, 97, 99	8 241,18
80, 86, 92, 98	10 144,79

Перечень осмотров врачами-специалистами и исследований, проводимых в рамках диспансеризации		Тариф, руб.
1		2
Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (для мужчин в возрасте 45 до 72 лет и женщин в возрасте от 54 до 72 лет при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических нефункциональных заболеваний: повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела или ожирение, а также по направлению врача - невролога при впервые выявленном указании или подозрении на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения для граждан в возрасте 65 - 80 лет, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением)		3 592,20
Осмотр (консультацию) врачом-неврологом (при наличии впервые выявленных указаний или подозрений на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения для граждан, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением, а также в случаях выявления по результатам анкетирования нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрений на депрессию у граждан в возрасте 65 лет и старше, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением)		1 969,06
Осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-урологом (для мужчин в возрасте 45,50,55,60 и 64 лет при повышении уровня простат - специфического антигена в крови более 4 нг/мл)		1 795,92
Осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии (для граждан в возрасте от 40 до 75 лет включительно с выявленными патологическими изменениями по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки, при отягощенной наследственности по семейному аденоматозу и (или) злокачественным новообразованиям толстого кишечника и прямой кишки, при выявлении других медицинских показаний по результатам анкетирования, а также по назначению врача - терапевта, врача-акушера-гинеколога в случаях выявления симптомов злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки)		1 795,92
Колоноскопия (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования толстого кишечника по назначению врача - колопроктолога)		4 839,00
Эзофагогастродуоденоскопия (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки по назначению врача - терапевта)		2 495,00
Рентгенографию легких, компьютерную томографию легких (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования легкого по назначению врача - терапевта)		1 375,00
Спирометрию (для граждан с подозрением на хроническое бронхолегочное заболевание, курящих граждан выявленных по результатам анкетирования, - по направлению врача-терапевта)		93,60
Осмотр (консультацию) врачом-акушером-гинекологом (для женщин в возрасте 18 лет и старше с выявленными патологическими изменениями по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований шейки матки, в возрасте от 40 до 75 лет с выявленными патологическими изменениями по результатам мероприятий скрининга, направленное на раннее выявление злокачественных новообразований молочных желез)		2 366,42
Осмотр (консультация) врачом-оториноларингологом (для граждан в возрасте 65 лет и старше при наличии медицинских показаний по результатам анкетирования или приема (осмотра) врача-терапевта)		1 385,94
Осмотр (консультация) врачом-офтальмологом (для граждан в возрасте 40 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление, и для граждан в возрасте 65 лет и старше, имеющих сниженные остроты зрения, не поддающиеся очковой коррекции, выявленное по результатам анкетирования)		1 105,71
Проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) для граждан:		
а) с выявленной ишемической болезнью сердца, перенесенной ишемической болезнью сердца, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;		3 373,74
б) с выявленным по результатам анкетирования риском пагубного потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;		3 373,74
в) для всех граждан в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении;		3 373,74
г) при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно - сосудистого риска, и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем холестерина 8 ммоль/л и более, а также установленным по результатам анкетирования курению более 20 сигарет в день, риске пагубного потребления алкоголя и (или) риске немедикаментозного потребления наркотических средств и психотропных веществ		3 373,74
Присл (осмотр) врачом-терапевтом, по результатам второго этапа диспансеризации включаются (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, в том числе направление на осмотр (консультацию) врачом - опкологом при подозрении на онкологические заболевания в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология", утвержденным приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 915н, а также для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение		1 686,87

Тарифы на проведение 1 этапа диспансеризации мужчин в определенные возрастные периоды с 01.01.2021 г. (в выходные дни)

Возраст, лет	Тариф, руб.
18, 24, 30	6 368,78
21, 27, 33	5 144,35
36	10 489,88
39	9 265,44
40, 44, 46, 52, 58, 62	11 324,14
41, 43, 47, 49, 53, 59, 61	9 426,55
42, 48, 54	12 618,29
45	17 555,94
50	13 452,04
51	10 235,40
55	12 019,76
56	7 203,05
57	10 720,70
60	15 211,50
63	10 073,63
64	13 917,35
65, 71	10 746,63
66, 70, 72	10 676,92
67, 69, 73, 75	9 452,48
68, 74	11 971,07
76, 78, 82, 84, 88, 90, 94, 96	10 003,76
77, 83, 89, 95	10 073,48
79, 81, 85, 87, 91, 93, 97, 99	8 779,33
80, 86, 92, 98	11 297,91

Тарифы на проведение 1 этапа диспансеризации женщин в определенные возрастные периоды с 01.01.2021 г. (в выходные дни)

18, 24, 30	10 910,02
21, 27, 33	9 685,59
36	15 031,12
39	13 806,68
40, 44, 46, 50, 52, 56, 58, 62, 64	15 688,22
41, 43, 47, 49, 53, 55, 59, 61	11 192,71
42, 48, 54, 60	19 757,45
45	19 503,97
51, 57, 63	15 261,94
65, 71	12 512,79
66, 70, 72	15 040,99
67, 69, 73, 75	11 218,64
68, 74	16 335,14
76, 78, 82, 84, 88, 90, 94, 96	11 769,92
77, 83, 89, 95	11 839,64
79, 81, 85, 87, 91, 93, 97, 99	10 545,49
80, 86, 92, 98	13 064,07

Перечень осмотров врачами-специалистами и исследований, проводимых в рамках диспансеризации		Тариф, руб.
1		2
Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (для мужчин в возрасте 45 до 72 лет и женщин в возрасте от 54 до 72 лет при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических периферических заболеваний: повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела или ожирение, а также по направлению врача - невролога при впервые выявленном указании или подозрении на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения для граждан в возрасте 65 - 90 лет, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением)		4 669,86
Осмотр (консультацию) врачом-неврологом (при наличии впервые выявленных указаний или подозрений на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения для граждан, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением, а также в случаях выявления по результатам анкетирования нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрений на деменцию у граждан в возрасте 65 лет и старше, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением)		2 298,17
Осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-урологом (для мужчин в возрасте 45,50,55,60 и 64 лет при повышении уровня простат - специфического антигена в крови более 4 нг/мл)		2 096,09
Осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии (для граждан в возрасте от 40 до 75 лет включительно с выявленными патологическими изменениями по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки, при выявлении других отягоченной наследственности по семейному анамнезу и (или) злокачественным новообразованиям толстого кишечника и прямой кишки, при выявлении других медицинских показаний по результатам анкетирования, а также по назначению врача - терапевта, врача - уролога, врача-акушера-гинеколога в случаях выявления симптомов злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки)		2 096,09
Колоноскопия (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования толстого кишечника по назначению врача-хирурга или врача - колопроктолога)		6 290,70
Эзофагогастродуоденоскопия (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки по назначению врача - терапевта)		3 243,50
Рентгенографию легких, компьютерную томографию легких (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования легкого по назначению врача - терапевта)		1 787,50
Спирометрию (для граждан с подозрением на хроническое бронхолегочное заболевание, курящих граждан выявленных по результатам анкетирования, - по направлению врача-терапевта)		121,68
Осмотр (консультацию) врачом-акушером-гинекологом (для женщин в возрасте 18 лет и старше с выявленными патологическими изменениями по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований шейки матки, в возрасте от 40 до 75 лет с выявленными патологическими изменениями по результатам мероприятий скрининга, направленное на раннее выявление злокачественных новообразований молочных желез)		2 761,95
Осмотр (консультация) врачом-оториноларингологом (для граждан в возрасте 65 лет и старше при наличии медицинских показаний по результатам анкетирования или приема (осмотра) врача-терапевта)		1 617,58
Осмотр (консультация) врачом-офтальмологом (для граждан в возрасте 40 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление, и для граждан в возрасте 65 лет и старше, имеющих снижение остроты зрения, не поддающееся очковой коррекции, выявленное по результатам анкетирования)		1 290,52
Проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования в отделении (кабинете) медпункта профилактика (центре здоровья) для граждан:		
а) с выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;		3 937,62
б) с выявленным по результатам анкетирования риском пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;		3 937,62
в) для всех граждан в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении;		3 937,62
г) при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно - сосудистого риска, и (или) острейшего, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем холестерина 8 ммоль/л и более, а также установленным по результатам анкетирования курсно более 20 сигарет в день, риске пагубного потребления алкоголя и (или) риске немедленного потребления наркотических средств и психотропных веществ		3 937,62
Присоединение врачом-терапевтом, по результатам второго этапа диспансеризации включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, в том числе направление на осмотр (консультацию) врачом - онкологом при подозрении на онкологические заболевания в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология", утвержденным приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 915н, а также для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение		1 968,81

Тарифы на проведение I этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в определенные возрастные периоды с 01.01.2021 г.

Возраст	пол	
	мужской	женский
0-17	26 888,48	26 936,84

Тарифы на проведение профилактических осмотров мужчин в определенные возрастные периоды с 01.01.2021 г. (в рабочие дни)	
Возраст, лет	Тариф, руб.
18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34	3 875,42
19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33	2 946,17
35, 37, 39	6 057,50
36, 38	6 986,76
40, 42, 44, 46, 48, 52, 54, 58, 60, 62, 64	7 112,27
41, 43, 45, 47, 49, 53, 55, 57, 59, 61	6 183,02
50	6 739,20
51	5 817,64
56	4 000,93
63	5 695,84
65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99	5 695,69
66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98	6 624,95

Тарифы на проведение профилактических осмотров женщин в определенные возрастные периоды с 01.01.2021 г. (в рабочие дни)	
Возраст, лет	Тариф, руб.
18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34	5 241,83
19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33	4 312,58
35, 37, 39	7 423,92
36, 38	8 353,17
40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64	7 112,27
41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63	6 183,02
65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99	5 695,69
66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98	6 624,95

Тарифы на проведение профилактических осмотров мужчин в определенные возрастные периоды с 01.01.2021 г. (в выходные дни)	
Возраст, лет	Тариф, руб.
18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34	5 074,63
19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33	3 850,20
35, 37, 39	7 971,29
36, 38	9 195,73
40, 42, 44, 46, 48, 52, 54, 58, 60, 62, 64	9 361,22
41, 43, 45, 47, 49, 53, 55, 57, 59, 61	8 136,78
50	8 895,90
51	7 651,47
56	5 240,12
63	7 489,70
65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99	7 489,56
66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98	8 713,99

Тарифы на проведение профилактических осмотров женщин в определенные возрастные периоды с 01.01.2021 г. (в выходные дни)	
Возраст, лет	Тариф, руб.
18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34	6 840,79
19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33	5 616,36
35, 37, 39	9 737,45
36, 38	10 961,89
40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64	9 361,22
41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63	8 136,78
65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99	7 489,56
66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98	8 713,99

Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних с 01.01.2021 г.

Возраст, лет	Тариф, руб.	
	мальчики	девочки
Новорожденный	3 743,81	3 743,81
2 месяца	7 029,96	7 029,96
4-11 месяцев	1 695,94	1 695,94
1 год 3 месяца	1 695,94	1 695,94
1 год 6 месяцев	1 695,94	1 695,94
1 месяц	22 401,36	22 401,36
3 месяца	4 935,34	4 935,34
12 месяцев	13 587,26	13 587,26
2 года	12 480,28	12 480,28
3 года	12 359,27	12 407,63
4 года-5 лет	2 727,93	2 727,93
6 лет	32 800,85	32 849,21
7 лет	9 976,21	9 976,21
8-9 лет	2 727,93	2 727,93
10 лет	11 167,74	11 167,74
11-12 лет	2 727,93	2 727,93
13 лет	4 307,00	4 307,00
14 лет	11 450,61	11 498,97
15 лет	30 102,83	30 151,19
16 лет	22 273,48	22 321,84
17 лет	24 706,79	24 755,15

в том числе тарифы на проведение профилактического медицинского осмотра в разрезе врачей-специалистов

Врач - специалист	Тариф (руб.)
педиатр	1 695,94
невролог	2 114,79
офтальмолог	1 545,08
хирург (детский)	1 803,20
оториноларинголог	1 433,07
акушер-гинеколог	1 888,41
стоматолог детский	564,47
травматолог-ортопед	2 530,89
психиатр детский	14 338,48
уролог-андролог	1 812,09
эндокринолог детский	4 429,35
психиатр подростковый	14 338,48

Базовый тариф по скорой медицинской помощи для жителей ЧАО с 01.01.2021 г.

Вид медицинской помощи	Единица измерения	Стоимость медицинской помощи
Скорая медицинская помощь	вызов	9 361,23

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеры санкций, применяемых к медицинским организациям за неисполнение, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц		Сумма, не подлежащая оплате, уменьшения	Размер штрафа
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:		
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;		30 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;		30 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков оказания 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		30 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.1.4.	исключение 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 ОМС, в том числе:		
1.2.1.	не повлекший за собой ухудшения состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		100 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.2.2.	повлекший за собой ухудшения состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;		300 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

1.3.	Необеспеченный 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:			100 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.3.1.	не повлекший за собой ухудшения состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;			300 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.3.2.	повлекший за собой ухудшения 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).			100 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.4.	Взымание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.		100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
1.5.	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.		50 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	50 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения				
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.			100 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:			
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;			30 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа), в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;			30 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;			30 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		30 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов		30 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2.6.	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 пятидесятипроцентной скидкой.		30 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.3.	Отсутствие информационных стилей в медицинских организациях.		100 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;		30 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		30 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;		30 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		30 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов		30 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.		30 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи	
Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи				
3.1.	Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	10 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	100 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи	
3.2.	Несвоевременное или неадекватное 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.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица,	10 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи		
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	30 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи		
3.2.3.	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);	40 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи		
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	90 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	100 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи	
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	300 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи	
3.2.6.	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.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий:			
3.3.1.	принадлежит к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создается риск протектирования имеющегося заболевания, либо создается риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, и установленных законодательством Российской Федерации случаев).			
3.4.	Прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	50 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи		
3.5.	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 (пунктирная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предоставления вызова.	30 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи		
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	80 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	100 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи	
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно, в дневном стационаре.	70 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	30 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи	
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	60 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи		
3.9.	Повторное направление врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного направления для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	30 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи		
3.10.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов, одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи	30 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи		
3.11.	Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.			
3.12.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	90 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	100 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи	
Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации				

4.1.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи и в медицинской организации без объективных причин.	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	100 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
4.2.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дублирующих записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	10 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
4.3.	Отсутствие в документации информированного о добровольном согласии застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	10 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переформатирование сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	50 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
4.5.	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.).	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
4.6.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе.		
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.	оплата медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить	30 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	100 % размера подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
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:	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.1.1.	платные ошибки и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.1.3.	платные незаполненные поля 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;	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	

5.1.4.	нескорректированное заповещение полей реестра счетов;	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.1.5.	заведенная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.2.1.	исключение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.2.2.	внесение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.);	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации;	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.2.4.	наличие в реестре счетов неактуальных данных о застрахованных лицах;	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.2.5.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, представляющей категориям граждан, не подлежащих страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования;	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.3.2.	Прельячение к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставляемой медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.3.3.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.4.	Нарушения, связанные с несоблюдением применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	

5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегитимированных видов медицинской деятельности, в том числе:	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.5.1.	Включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.5.3.	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).	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.6.	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.	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или несоблюдением включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.7.1.	Появление реестра счетов оплачено ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.7.3.	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предоставляемой к оплате медицинской организацией;	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования.	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.7.5.	Включение 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 пребывания 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).	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.7.6.	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.	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.8.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом	100 % размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	

Примечание: Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеры санкций, применяемых к медицинским организациям за неисполнение, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, не относятся к конкретным разделам контрольных экспертных мероприятий.

Приложение № 12

к Тарифному соглашению № 1 на 2021 год, утвержденному
решением Комиссии по разработке Территориальной
программы ОМС от 18.01.2021 г. № 01-2021

**Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования
скорой медицинской помощи на 2021 год**

**Единичные значения половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива в пределах Чукотского
автономного округа**

в том числе по группам застрахованных лиц									
0-1 год		1-4 года		5-17 лет		18-64 лет	18-64 года	65 лет и старше	65 лет и старше
мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
3,738	2,784	1,211	1,162	0,940	0,947	0,751	1,087	1,118	1,294

Общий объем ежемесячного полученного финансового обеспечения МО, оказывающих скорую медицинскую помощь, вне медицинской организации на 2021 год

Номер группы (подгруппы) медицинских организаций	Наименование медицинской организации	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы (подгруппы) МО, рублей (ФДПш) в год	Количество месяцев в году (Км)	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы (подгруппы) МО, рублей (ФДПш) в месяц	Численность лиц, прикрепленных к МО на 1-е число расчетного периода (01.01.2020 года), человек (Сучм Чмоп)	Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации по подушевому нормативу финансирования в месяц, рублей (ФОшм)	Размер средств, направленных на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, в застрахованным в Чукотском автономном округе лицам за выданных в месяц, рублей (ОСвм)	Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации в месяц, рублей (ФОшмт)
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Чукотская окружная больница"	2 642,33	12	220,19	46 102	10 151 375,28	-	10 151 375,28
ВСЕГО					46 102			10 151 375,28

Единицы объема скорой медицинской помощи, финансовое обеспечение которых
осуществляется по подушевому нормативу на 2021 год

№ п/п	Наименование медицинской организации	Скорая медицинская помощь, в рамках базовой программы ОМС, вызов в год
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Чукотская окружная больница"	13 013
ИТОГО		13 013

Приложение № 15

к Тарифному соглашению № 1 на 2021 год,
утвержденному решением Комиссии по
разработке Территориальной программы ОМС
от 18.01.2021 г. № 01-2021

**1. Половозрастные коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых
нормативов финансирования амбулаторно-поликлинической помощи на 2021 год**

**Единые значения половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива в пределах Чукотского
автономного округа**

в том числе по группам застрахованных лиц									
0-1 год		1-4 года		5-17 лет		18-64 лет	18-64 года	65 лет и старше	65 лет и старше
мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
3,738	2,784	1,211	1,162	0,940	0,947	0,751	1,087	1,600	1,600

2. Значения коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключая влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала на 2021 год установлен в размере – 0,45977.

3. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи медицинской организации к базовому подушевому нормативу финансирования, учитывающий критерий половозрастной состав обслуживаемого населения на 2021 год.

Наименование медицинской организации	Значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организации к базовому подушевому нормативу финансирования, учитывающий критерий половозрастной состав обслуживаемого населения
ГБУЗ «Чукотская окружная больница»	1,00

4. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) на 2021 год.

Наименование медицинской организации	Значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации)
ГБУЗ «Чукотская окружная больница»	1,43

5. Перечень медицинских организаций, для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек на 2021 год.

Наименование медицинской организации	Численность обслуживаемого населения, чел	Значение коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек
ГБУЗ «Чукотская окружная больница»	Свыше 20 тыс. человек	1,04

Размер подушевого норматива финансирования по амбулаторно-поликлинической помощи из расчета на одно застрахованное лицо (базовый (средний) подушевой норматив финансирования)

в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования

размер, в рублях	7 299,56
------------------	----------

в рамках сверх базовой программы обязательного медицинского страхования

размер, в рублях	8 176,65
------------------	----------

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов расположенных на территории Чукотского автономного округа

№ п/п	Наименование фельдшерско- фельдшерско- акушерского пункта	Местонахождение фельдшерско- акушерского пункта (почтовый адрес)	Количество обслуживаемого прикрепленного населения, чел.	Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско- акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в среднем на 2021 год, в тыс. руб.	Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций - фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов п-го типа, с учетом коэффициента дифференциации (3,45)	Коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико - санитарной помощи взрослому населению	Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско- акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации с учетом коэффициента дифференциации (3,45) и поправочного коэффициента на 2021 год, в тыс. руб.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Чукотская окружная больница"							
1	ФАП с. Адыктам	689125, Анадырский район с. Адыктам, ул. Тэргырку, 4	236	1010,7	3 486,92	1	3 486,92
2	ФАП с. Снежное	689541, Анадырский район, с. Снежное, ул. Советская, 5	190	1010,7	3 486,92	1	3 486,92
3	ФАП с. Красное	689501, Анадырский район, с. Красное, ул. Кедровая, 5	96	1010,7	3 486,92	0,632534	2 205,59
4	ФАП с. Ламутское	689530, Анадырский район, с. Ламутское	85	1010,7	3 486,92	0,59862	2 087,34
5	ФАП с. Чувапское	689530, Анадырский район, с. Чувапское	110	1010,7	3 486,92	1	3 486,92
6	ФАП с. Эмелен	689275, Провиденский район, с. Эмелен, ул. Центральная, 28	310	1010,7	3 486,92	1	3 486,92
7	ФАП с. Путигран	689274, Провиденский городской округ, с. Путигран, ул. Тундровая, 7	276	1010,7	3 486,92	1	3 486,92
8	ФАП с. Новое Чашино	689272, Провиденский городской округ, с. Новое Чашино, ул. Дружбы, 6	326	1010,7	3 486,92	1	3 486,92
9	ФАП с. Япракыног	689271, Провиденский городской округ, с. Япракыног, ул. Советская, 9	303	1010,7	3 486,92	1	3 486,92

Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в рамках территориальной программы ОМС на 2021 год

№ п/п	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Тариф (руб)
1	B03.016.010	Копрологическое исследование	1 029,00
2	B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	369,00
3	A26.28.002	Микроскопическое исследование мочи на микобактерии (<i>Mycobacterium</i> spp.)	990,00
4	A26.21.011	Микроскопическое исследование отделяемого из уретры на грибы рода кандиды (<i>Candida</i> spp.)	983,00
5	A26.21.010	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на цитомегаловирус (<i>Cytomegalovirus</i>)	1 409,00
6	A26.21.009	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус простого герпеса 1, 2 (<i>Herpes simplex virus</i> 1, 2)	1 402,00
7	A26.21.007	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на хламидии (<i>Chlamidia trachomatis</i>)	1 345,00
8	A26.21.001	Микроскопическое исследование отделяемого из уретры на гонококк (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	1 726,03
9	A26.20.016	Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандиды (<i>Candida</i> spp.)	1 620,00
10	A26.20.015	Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандиды (<i>Candida</i> spp.)	1 110,00
11	A26.20.014	Молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на цитомегаловирус (<i>Cytomegalovirus</i>)	1 409,00
12	A26.20.006	Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	986,00
13	A26.20.001	Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	454,00
14	A26.06.082.005	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema Pallidum</i>) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП, РСК) (качественное и полуколичественное исследование) в ликворе	457,00
15	A26.06.082.003	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови	1 954,00
16	A26.06.082.002	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в иммуноферментном исследовании (ИФА) в сыворотке крови с кодом (IgM)	740,00
17	A26.06.082.001	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema Pallidum</i>) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови	444,00
18	A26.06.082.001	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema Pallidum</i>) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови	539,02
19	A26.06.081	Определение антител к токсоплазме (<i>Toxoplasma gondii</i>) в крови (IgM)	788,00
20	A26.06.080	Определение антител к токсокаре собак (<i>Toxocara canis</i>) в крови	770,00
21	A26.06.080	Определение антител к токсокаре собак (<i>Toxocara canis</i>) в крови	984,04
22	A26.06.079	Определение антител к трихинеллам (<i>Trichinella</i> spp.) в крови	767,00
23	A26.06.071	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи (<i>Rubeola virus</i>) в крови (M)	780,00
24	A26.06.057	Определение антител класса M(IgM) к микоплазме пневмонии (<i>Mycoplasma pneumoniae</i>) в крови	769,00
25	A26.06.045	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу простого герпеса (<i>Herpes simplex virus</i> 1, 2) в крови (M)	763,00
26	A26.06.041	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита C (<i>Hepatitis C virus</i>) в крови	766,00
27	A26.06.040	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита B (HbsAg <i>Hepatitis B virus</i>) в крови	765,00
28	A26.06.039	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита B (HbcAg <i>Hepatitis B virus</i>) в крови	755,00
29	A26.06.038	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита B (HbeAg <i>Hepatitis B virus</i>) в крови	765,00
30	A26.06.037	Определение антигена к вирусу гепатита B (HbeAg <i>Hepatitis B virus</i>) в крови	743,00
31	A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита B (HbsAg <i>Hepatitis B virus</i>) в крови	754,00
32	A26.06.035	Определение антигена к вирусу гепатита B (HbeAg <i>Hepatitis B virus</i>) в крови	765,00
33	A26.06.034	Определение антител классов M, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита A (<i>Hepatitis A virus</i>) в крови (M)	758,00
34	A26.06.033	Определение антител к helicobacter пилори (<i>Helicobacter pylori</i>) в крови	195,00

№ п/п	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Тариф (руб)
35	A26.06.031	Определение антител к ядерному антигену вируса Эпштейна-Барра NA (IgG) (диагностика паст-инфекции) в крови	773,00
36	A26.06.029	Определение антител к капсидному антигену вируса Эпштейна-Барра VCA (IgM) (диагностика острой инфекции) в крови	783,00
37	A26.06.024	Определение антител класса G (IgG) к эхинококку однокамерному в крови	779,00
38	A26.06.024	Определение антител класса G (IgG) к эхинококку однокамерному в крови	984,04
39	A26.06.022	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови (M)	763,00
40	A26.06.018	Определение антител классов A, M, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии трахоматис (Chlamydia trachomatis) в крови (A)	779,00
41	A26.06.016	Определение антител классов A, M, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии пневмонии (Chlamidia pneumoniae) в крови (M)	772,00
42	A26.06.012	Определение антител к бруцеллам (Brucella spp.) в крови	810,00
43	A26.06.012	Определение антител к бруцеллам (Brucella spp.) в крови	916,09
44	A26.05.021	Молекулярно-биологическое исследование крови на ДНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1)	1 516,00
45	A26.05.020	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит В (Hepatitis B virus)	1 407,00
46	A26.05.019	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит С (Hepatitis C virus)	1 529,00
47	A26.05.017	Молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус (Cytomegalovirus)	1 401,00
48	A26.05.011	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус Эпштейна-Барра (Epstein - Barr virus)	1 395,00
49	A26.01.017	Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности кожи перинанальных складок на яйца остриц (Enterobius vermicularis)	503,00
50	A26.01.017	Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности кожи перинанальных складок на яйца остриц (Enterobius vermicularis)	637,08
51	A26.01.011	Микроскопическое исследование волос на микроспорию (Microsporum spp.)	979,00
52	A22.27.001	Ультрафиолетовое облучение слизистой носа	812,00
53	A22.25.001	Эндоаурикулярное воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением при заболеваниях органов слуха	2 360,00
54	A22.20.001	Лазеротерапия при заболеваниях женских половых органов	526,00
55	A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	812,00
56	A22.07.003	Лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области	1 442,00
57	A22.01.006	Ультрафиолетовое облучение кожи	812,00
58	A22.01.005	Низкоинтенсивное лазерное облучение кожи	814,00
59	A22.01.001	Ультразвуковое лечение кожи	1 032,00
60	A20.26.004	Сухое тепло на глазницу (грелка, инфракрасное облучение)	443,00
61	A20.01.005	Фототерапия кожи	1 143,00
62	A18.05.001	Плазмаферез	6 154,00
63	A17.29.003	Введение лекарственных препаратов методом электрофореза при неуточненных заболеваниях	2 807,00
64	A17.29.002	Электросон	1 550,00
65	A17.28.001	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях почек	1 036,00
66	A17.26.004	Электростимуляция цитиального тела	1 772,00
67	A17.26.003	Электростимуляция зрительного нерва	2 804,00
68	A17.26.002	Низкочастотная магнитотерапия на орган зрения	1 253,00
69	A17.26.001	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях органа зрения	815,00
70	A17.24.003	Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы	1 774,00
71	A17.24.002	Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы	1 404,00
72	A17.24.001	Чрескожная электронейростимуляция при заболеваниях периферической нервной системы	1 774,00
73	A17.21.001	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях мужских половых органов	811,00
74	A17.20.002	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях женских половых органов	815,00
75	A17.20.001	Переменное магнитное поле при заболеваниях женских половых органов	1 038,00
76	A17.19.001	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях кишечника	815,00
77	A17.16.001	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки	815,00
78	A17.13.001	Электрофорез лекарственных препаратов при нарушениях микроциркуляции	1 555,00
79	A17.09.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии легких	1 563,00
80	A17.08.004	Воздействие токами ультравысокой частоты при заболеваниях верхних дыхательных путей	1 772,00
81	A17.08.003	Аэрозольотерапия при заболеваниях верхних дыхательных путей	811,00
82	A17.08.002	Дарсонвализация при заболеваниях верхних дыхательных путей	1 035,00

№ п/п	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Тариф (руб)
83	A17.08.001	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях верхних дыхательных путей	1 551,00
84	A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	961,00
85	A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов	1 032,00
86	A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	443,00
87	A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	960,00
88	A17.03.001	Электрофорез лекарственных препаратов при костной патологии	1 571,00
89	A17.02.001	Миоэлектростимуляция	1 772,00
90	A17.01.008	Воздействие токами ультравысокой частоты на кожу	1 034,00
91	A17.01.007	Дарсонвализация кожи	814,00
92	A17.01.001	Электропунктура и электропунктура в рефлексотерапии	4 799,00
93	A12.28.014	Визуальное исследование мочи	36,00
94	A12.28.013	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	66,00
95	A12.28.012	Определение объема мочи	44,00
96	A12.28.011	Микроскопическое исследование осадка мочи	287,00
97	A12.25.002	Речевая аудиометрия	1 479,02
98	A12.23.004	Микроскопическое исследование спинномозговой жидкости, подсчет клеток в счетной камере (определение цитоза)	583,00
99	A12.23.003	Исследование физических свойств спинномозговой жидкости	144,00
100	A12.21.005	Микроскопическое исследование осадка секрета простаты	1 354,00
101	A12.21.003	Микроскопическое исследование уретрального отделяемого и сока простаты	1 343,00
102	A12.20.002	Микроскопическое исследование выделений из соска молочной железы	1 745,00
103	A12.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	1 347,00
104	A12.19.005	Исследование физических свойств каловых масс	65,00
105	A12.10.002	Электрокардиография с применением лекарственных препаратов	1 804,00
106	A12.10.001	Электрокардиография с физическими упражнениями	1 800,00
107	A12.09.014	Микроскопическое исследование нативного и окрашенного препарата плевральной жидкости	1 356,00
108	A12.09.012	Исследование физических свойств мокроты	65,00
109	A12.09.010	Микроскопическое исследование нативного и окрашенного препарата мокроты	819,00
110	A12.09.002.001	Исследование дыхательных объемов при медикаментозной провокации	1 040,00
111	A12.06.045	Исследование антител к тиреопероксидазе в крови	297,00
112	A12.06.027	Исследование антител к антигенам эритроцитов в сыворотке крови	2 929,00
113	A12.06.019	Исследование ревматоидных факторов в крови	129,00
114	A12.06.019	Определение содержания ревматоидного фактора в крови (Ig-M и IgG)м-ИФА (М)	736,00
115	A12.06.017	Исследование антител к тироглобулину в сыворотке крови	338,00
116	A12.06.015	Определение антистрептолизина-О в сыворотке крови	130,00
117	A12.06.001.002	Исследование CD4+ лимфоцитов	1 837,00
118	A12.05.124	Определение цветового показателя	80,10
119	A12.05.123	Исследование уровня ретикулоцитов в крови	625,03
120	A12.05.120	Исследование уровня тромбоцитов в крови	504,00
121	A12.05.119	Исследование уровня лейкоцитов в крови	150,00
122	A12.05.118	Исследование уровня эритроцитов в крови	222,00
123	A12.05.117	Оценка гематокрита	190,00
124	A12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	613,00
125	A12.05.015	Исследование времени кровотечения	202,00
126	A12.05.011	Исследование железосвязывающей способности сыворотки	692,00
127	A12.05.008	Прямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса)	1 175,00
128	A12.05.007	Определение подгруппы и других групп крови меньшего значения A-1, A-2, D, Cc, E, Kell, Duffy	981,00
129	A12.05.006	Определение резус-принадлежности	870,00
130	A12.05.005	Определение основных групп крови (A, B, 0)	1 226,00
131	A12.05.001	Исследование скорости оседания эритроцитов	146,00
132	A11.28.014	Сбор мочи для лабораторного исследования	135,00
133	A11.28.006	Получение уретрального отделяемого	149,65
134	A11.20.015	Удаление внутриматочной спирали	367,00
135	A11.20.014	Введение внутриматочной спирали	1 509,00
136	A11.20.011	Биопсия шейки матки	2 279,00
137	A11.20.009	Зондирование матки	1 417,00
138	A11.20.005	Получение влагалищного мазка	416,00
139	A11.20.004	Влагалищная биопсия	884,00
140	A11.20.002	Получение цервикального мазка	377,00
141	A11.12.013	Взятие крови из центральной вены	369,56
142	A11.05.001	Взятие крови из пальца	121,00
143	A09.28.032	Исследование уровня билирубина в моче	146,00
144	A09.28.027	Определение альфа-амилазы в моче	190,00
145	A09.28.017	Определение концентрации водородных ионов (pH) мочи	52,00
146	A09.28.017	Определение концентрации водородных ионов (pH) мочи	80,01

№ п/п	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Тариф (руб)
147	A09.28.015.001	Обнаружение кетоновых тел в моче с помощью тест-полоски	52,00
148	A09.28.012	Исследование уровня кальция в моче	190,00
149	A09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	113,00
150	A09.28.010	Исследование уровня мочевой кислоты в моче	383,00
151	A09.28.007	Исследование уровня желчных пигментов и их производных в моче	92,00
152	A09.28.006	Исследование уровня креатинина в моче (проба Реберга)	233,00
153	A09.28.005	Обнаружение гемоглобина в моче	72,00
154	A09.28.003.001	Исследование на микроальбуминурию	170,00
155	A09.28.003	Определение белка в моче	92,00
156	A09.23.005	Тесты на аномальный белок в спинномозговой жидкости	81,00
157	A09.23.004	Исследование уровня белка в спинномозговой жидкости	101,00
158	A09.23.003	Исследование уровня глюкозы в спинномозговой жидкости	135,00
159	A09.23.002	Определение крови в спинномозговой жидкости	584,00
160	A09.19.001	Исследование кала на скрытую кровь	182,00
161	A09.09.010	Цитологическое исследование мокроты	1 672,00
162	A09.05.282	Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	90,00
163	A09.05.206	Исследование уровня ионизированного кальция в крови	68,00
164	A09.05.202	Исследование уровня антигена аденогенных раков Ca-125 в крови	255,00
165	A09.05.201	Исследование уровня антигена аденогенных раков Ca 19-9 в крови	296,00
166	A09.05.195	Исследование уровня ракового эмбрионального антигена в крови	296,00
167	A09.05.193	Определение уровня тропонина в крови	808,00
168	A09.05.177	Исследование уровня (концентрации) изоферментов креатинкиназы в крови	231,00
169	A09.05.161	Исследование уровня белка, связанного с беременностью, в крови	762,00
170	A09.05.135	Исследование уровня общего кортизола в крови	801,00
171	A09.05.130	Исследование уровня простатспецифического антигена в крови	263,00
172	A09.05.090	Исследование уровня хорионического гонадотропина в крови	340,00
173	A09.05.089	Исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови	259,00
174	A09.05.087	Исследование уровня пролактина в крови	275,00
175	A09.05.083	Исследование уровня гликированного гемоглобина в крови	251,00
176	A09.05.078	Исследование уровня общего тестостерона в крови	757,00
177	A09.05.065	Исследование тиреотропина сыворотки крови	763,00
178	A09.05.064	Исследование уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови	276,00
179	A09.05.061	Исследование уровня свободного трийодтиронина (Т3) в крови	266,00
180	A09.05.054.001	Исследование уровня сывороточного иммуноглобулина Е в крови	757,00
181	A09.05.051	Исследование уровня продуктов паракоагуляции в крови	404,00
182	A09.05.050	Исследование уровня фибриногена в крови	262,00
183	A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	153,00
184	A09.05.045	Исследование уровня амилазы в крови	230,00
185	A09.05.044	Исследование уровня гамма-глобулинтрансферазы в крови	158,00
186	A09.05.043	Исследование уровня креатинкиназы в крови	238,00
187	A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	190,00
188	A09.05.041	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	234,00
189	A09.05.039	Исследование уровня лактатдегидрогеназы в крови	161,00
190	A09.05.034	Исследование уровня хлоридов в крови	233,00
191	A09.05.033	Исследование уровня неорганического фосфора в крови	231,00
192	A09.05.032	Исследование уровня общего кальция в крови	176,00
193	A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	104,00
194	A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	167,00
195	A09.05.028	Исследование уровня липопротеинов низкой плотности	526,00
196	A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	173,00
197	A09.05.025	Исследование уровня триглицеридов в крови	169,00
198	A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	271,00
199	A09.05.022	Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови	309,00
200	A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	231,00
201	A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	235,00
202	A09.05.018	Исследование уровня мочевой кислоты в крови	215,00
203	A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	224,00
204	A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	218,00
205	A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	171,00
206	A09.05.009	Определение концентрации С-реактивного белка в сыворотке крови	58,00
207	A09.05.007	Исследование уровня железа сыворотки крови	151,00
208	A09.05.004	Исследование уровня альфа-липопротеинов (высокой плотности) в крови	482,00
209	A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	109,00
210	A08.28.012	Исследование мочи для выявления клеток опухоли	1 520,00
211	A08.20.015	Цитологическое исследование препарата тканей молочной железы	1 256,00
212	A08.20.013	Цитологическое исследование препарата тканей матки	1 571,00
213	A08.20.012	Цитологическое исследование препарата тканей влагалища	1 571,00

№ п/п	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Тариф (руб)
214	A08.06.001	Цитологическое исследование препарата тканей лимфоузла	2 732,00
215	A08.05.001	Цитологическое исследование мазка костного мозга (подсчет формулы костного мозга)	3 405,00
216	A08.01.002	Цитологическое исследование препарата кожи	2 774,00
217	A06.28.013	Ортопантомография	468,00
218	A06.28.013	Обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы)	1 359,00
219	A06.28.011	Уретрография восходящая	3 659,00
220	A06.28.010	Микционная цистоуретрография	3 797,00
221	A06.28.008	Уретероцистография	1 178,00
222	A06.28.007	Цистография	2 014,00
223	A06.28.004	Ретроградная уретероцистография	4 885,00
224	A06.28.002	Внутривенная урография	4 926,00
225	A06.28.001	Рентгенография почки	1 383,00
226	A06.26.002	Рентгенография глазного отверстия и канала зрительного нерва	1 589,00
227	A06.26.001	Рентгенография глазницы	1 589,00
228	A06.25.002	Рентгенография височной кости	1 975,00
229	A06.20.004	Маммография	2 374,00
230	A06.20.001	Гистеросальпингография	3 666,00
231	A06.18.001	Ирригоскопия	4 990,00
232	A06.17.002	Рентгеноконтроль прохождения контраста по желудку, тонкой и ободочной кишке	1 602,00
233	A06.16.007	Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки	3 433,00
234	A06.16.005	Рентгенография кардиально-пищеводного соединения	2 434,00
235	A06.16.003	Рентгенография пищевода отверстия диафрагмы	2 434,00
236	A06.16.001.001	Рентгеноскопия пищевода	2 331,00
237	A06.16.001	Рентгенография пищевода	2 372,00
238	A06.14.007	Ретроградная холангиопанкреатография (РХП)	10 441,00
239	A06.11.001	Рентгенография средостения	1 507,00
240	A06.10.003	Рентгенография сердца с контрастированием пищевода	2 654,00
241	A06.10.001	Рентгеноскопия сердца и перикарда	2 189,00
242	A06.09.008	Томография легких	4 259,00
243	A06.09.006	Флюорография легких	219,00
244	A06.09.001	Рентгенография легких	1 375,00
245	A06.08.003.003	Рентгенография гайморовой пазухи	1 293,00
246	A06.08.003.002	Рентгенография лобной пазухи	1 355,00
247	A06.08.003	Рентгенография придаточных пазух носа	1 293,00
248	A06.07.005	Контрастная рентгенография протоков слюнных желез (сialogрафия)	1 752,00
249	A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	2 286,00
250	A06.07.002	Панорамная рентгенография нижней челюсти	311,00
251	A06.07.001	Панорамная рентгенография верхней челюсти	613,00
252	A06.04.014	Рентгенография грудино-ключичного сочленения	652,00
253	A06.04.013	Рентгенография акромиально-ключичного сустава	1 672,00
254	A06.04.012	Рентгенография голеностопного сустава	1 672,00
255	A06.04.011	Рентгенография бедренного сустава	1 699,00
256	A06.04.011	Рентгенография головки и шейки бедренной кости	1 507,00
257	A06.04.010	Рентгенография плечевого сустава	1 672,00
258	A06.04.005	Рентгенография коленного сустава	501,00
259	A06.04.003	Рентгенография лучезапястного сустава	1 672,00
260	A06.04.003	Рентгенография локтевого сустава	1 672,00
261	A06.04.002	Рентгенография межпозвоночных сочленений	1 534,00
262	A06.04.001	Обзорный снимок брюшной полости и органов малого таза	1 252,00
263	A06.04.001	Рентгенография височно-нижнечелюстного сустава	2 057,00
264	A06.03.056	Рентгенография костей лицевого скелета	336,00
265	A06.03.054	Рентгенография пальцев ноги	1 507,00
266	A06.03.052	Рентгенография стопы	1 507,00
267	A06.03.050	Рентгенография пяточной кости	1 507,00
268	A06.03.049	Рентгенография предплечья	1 507,00
269	A06.03.048	Рентгенография лодыжки	1 507,00
270	A06.03.046	Рентгенография большой берцовой и малой берцовой костей	1 507,00
271	A06.03.045	Рентгенография коленной чашечки	1 507,00
272	A06.03.044	Рентгенография диафиза бедренной кости	1 534,00
273	A06.03.043	Рентгенография бедренной кости	1 534,00
274	A06.03.041	Рентгенография всего таза	1 341,00
275	A06.03.040	Рентгенография лонного сочленения	1 300,00
276	A06.03.038	Рентгенография седалищной кости	1 300,00
277	A06.03.037	Рентгенография подвздошной кости	1 272,00
278	A06.03.035	Рентгенография большого пальца руки	1 507,00
279	A06.03.034	Рентгенография пальцев руки	1 507,00
280	A06.03.032	Рентгенография кисти руки	1 507,00

№ п/п	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Тариф (руб)
281	A06.03.029	Рентгенография локтевой кости и лучевой кости	1 507,00
282	A06.03.028	Рентгенография плечевой кости	1 507,00
283	A06.03.027	Рентгенография головки плечевой кости	1 507,00
284	A06.03.026	Рентгенография лопатки	1 823,00
285	A06.03.024	Рентгенография грудины	2 367,00
286	A06.03.023	Рентгенография ребра (ер)	1 445,00
287	A06.03.022	Рентгенография ключицы	1 272,00
288	A06.03.020	Рентгенография позвоночника, вертикальная	1 507,00
289	A06.03.018	Рентгенография позвоночника, специальные исследования и проекции	2 636,00
290	A06.03.017	Рентгенография крестца и копчика	1 534,00
291	A06.03.016	Рентгенография поясничного-крестцового отдела позвоночника	1 597,00
292	A06.03.015	Рентгенография поясничного отдела позвоночника	1 685,00
293	A06.03.008	Рентгенография сочленения затылочной кости и первого шейного позвонка	1 507,00
294	A06.03.007	Рентгенография первого и второго шейного позвонка	1 527,00
295	A06.03.006	Рентгенография ячеек решетчатой кости	1 678,00
296	A06.03.005	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях	1 761,00
297	A06.03.003	Рентгенография основания черепа	1 527,00
298	A06.03.001	Рентгенография черепа тангенциальная	1 293,00
299	A05.23.001	Электроэнцефалография	2 540,00
300	A05.10.008	Холтеровское мониторирование сердечного ритма (ХМ-ЭКГ)	4 957,00
301	A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	569,00
302	A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	708,00
303	A04.30.003	Ультразвуковое исследование забрюшинного пространства	536,00
304	A04.30.002	Доплерография сердца и сосудов плода	1 374,00
305	A04.30.001	Ультразвуковое исследование плода	755,00
306	A04.28.003	Ультразвуковое исследование органов мошонки	816,00
307	A04.28.002.003	Ультразвуковое исследование мочевого пузыря	725,47
308	A04.28.002.002	Ультразвуковое исследование мочеточников	755,00
309	A04.28.002.001	Ультразвуковое исследование почек	1 932,00
310	A04.22.002	Ультразвуковое исследование надпочечников	816,00
311	A04.22.001	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	616,00
312	A04.21.001	Ультразвуковое исследование простаты	966,25
313	A04.20.002	Ультразвуковое исследование молочных желез	966,08
314	A04.20.002	Ультразвуковое исследование молочных желез	525,00
315	A04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков	1 208,09
316	A04.15.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	966,19
317	A04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	2 899,47
318	A04.14.001	Ультразвуковое исследование печени	816,00
319	A04.12.002	Ультразвуковая доплерография сосудов (артерий и вен)	5 315,77
320	A04.07.002	Ультразвуковое исследование слюнных желез	1 298,00
321	A04.06.001	Ультразвуковое исследование селезенки	816,00
322	A04.04.001	Ультразвуковое исследование сустава	1 736,00
323	A04.01.001	Ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая зона)	1 298,00
324	A03.26.008	Рефрактометрия	776,10
325	A03.25.001	Вестибулометрия	969,98
326	A03.20.001	Кольпоскопия	1 116,00
327	A03.19.002	Ректороманоскопия	1 059,42
328	A02.26.015	Тонометрия глаза	806,10
329	A02.26.009	Исследование цветоощущения по полихроматическим таблицам	187,10
330	A02.26.005	Периметрия	763,03
331	A02.26.003	Офтальмоскопия	1 263,03
332	A02.26.002	Исследование сред глаза в проходящем свете	936,05
333	A02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	363,00
334	A02.12.002.001	Суточное мониторирование артериального давления	4 031,00
335	A02.02.003	Измерение силы мышц кисти (динамометрия)	134,04
336	A01.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	117,05
337	1	Эхокардиография (в комплексе в- и М-режимах)	1 774,00
338	2	Послеоперационная обработка шейки матки, влагалища, снятие швов	782,00
339	3	Лечебная ванночка	472,00
340	4	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к неструктурированным белкам (a-NS3, a-NS4, a-NS5) вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	766,00
341	5	Диатермокоагуляция шейки матки	982,00
342	6	Гистеросальпингография (введение контраста в полость матки)	1 715,00
343	7	Ректовагинальный осмотр	274,00
344	8	Ультразвуковое исследование предстательной железы и мочевого пузыря с определением остаточной мочи	1 005,00
345	9	Ультразвуковое исследование в первом триместре беременности	616,00

№ п/п	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Тариф (руб)
346	10	Пальпация в гинекологии	132,00
347	11	Транскраниальная УЗ- доплерография	1 653,00
348	12	Эхокардиография (в М-режиме)	1 374,00
349	13	Определение иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG) в крови (А)	698,00
350	14	Молекулярно-биологическое исследование плазмы крови на ВПВ 1,2 типа	1 152,00
351	15	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры и цервикального канала на <i>Candida albicans</i>	1 352,00
352	16	Выдача медицинского заключения по результатам медицинского осмотра	134,83
353	17	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала и уретры на вирус папилломы человека с определением генотипа.	1 406,00
354	18	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры и цервикального канала на <i>Gardnerella vaginalis</i>	1 391,00
355	19	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры и цервикального канала на <i>Mycoplasma genitalium</i>	1 407,00
356	20	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры и цервикального канала на <i>Ureaplasma urealyticum</i>	1 396,00
357	21	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры и цервикального канала на <i>Trichomonas vaginalis</i>	1 395,00
358	22	Обработка крови, включая регистрация (получение плазмы и сыворотки крови)	141,01
359	23	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры и цервикального канала на <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	1 413,00
360	24	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в иммуноферментном исследовании (ИФА) в сыворотке крови с кодом (IgM, IgA, IgG)	502,00
361	25	Определение иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG) в крови (М)	698,00
362	26	Удаление остроконечных кондилом	1 979,00
363	27	Спирометрия	93,60
364	28	Телемедицинская помощь	4 137,69
365	29	Определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) в крови (G)	771,00
366	30	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в иммуноферментном исследовании (ИФА) в сыворотке крови с кодом (IgG)	726,00
367	31	Физиотерапевтическое воздействие на челюстно-лицевую область	1 038,00
368	32	Определение антител к токсоплазме (<i>Toxoplasma gondii</i>) в крови (IgG)	758,00
369	33	Определение антител класса G (IgG) к уреаплазме в крови (М)	755,00
370	34	Определение антител класса G (IgG) к уреаплазме в крови (G)	725,00
371	35	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи (<i>Rubeola virus</i>) в крови (G)	759,00
372	36	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу простого герпеса (<i>Herpes simplex virus</i> 1, 2) в крови (G)	777,00
373	37	Удаление инородных тел из влагалища	761,00
374	38	Определение иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG) в крови (G)	698,00
375	39	ОКУФ-терапия (3 поля)	399,00
376	40	Синусидально модулированные токи (3 поля и более)	1 330,00
377	41	Синусидально модулированные токи (2 поля)	963,00
378	42	Синусидально модулированные токи (1 поле)	592,00
379	43	Диадинамотерапия (3 поля и более)	1 890,00
380	44	Диадинамотерапия (2 поля)	1 299,00
381	45	ОКУФ-терапия (6 полей)	664,00
382	46	Определение антител классов М, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита А (<i>Hepatitis A virus</i>) в крови (G)	760,00
383	47	ОКУФ-терапия (4 поля)	399,00
384	48	Электростимуляция (2 поля)	961,00
385	49	ОКУФ-терапия (2 поля)	310,00
386	50	УФО-терапия (4 поля и более)	664,00
387	51	УФО-терапия (3 поля)	487,00
388	52	УФО-терапия общая	178,00
389	53	Инфракрасное излучение (др. источники света) (1 поле)	177,00
390	55	ОКУФ-терапия (5 полей)	575,00
391	56	Микроволновая терапия (ДМВ, СМВ) (3 поля)	491,00
392	62	Магнитотерапия (2 поля)	817,00
393	63	СМТ-форез (1 поле)	443,00
394	64	Присм врача-физиотерапевта лечебный, повторный, амб.	369,00
395	65	СМТ-форез (2 поля)	774,00
396	66	Микроволновая терапия (ДМВ, СМВ) (2 поля)	310,00
397	67	Лазерная коагуляция, токи надтональной частоты (2 поля)	575,00
398	68	УВЧ-терапия (2 поля)	311,00
399	69	Фонофорез (3-4 поля и более)	575,00

№ п/п	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Тариф (руб)
400	70	Фонофорез (1-2 поля)	486,00
401	71	Электростимуляция (3 поля)	1 330,00
402	73	Магнитотерапия (1 поле)	595,00
403	74	Определение уровня психоактивных веществ в моче (кокаин, метамфетамин, бензодиазепины)	430,00
404	76	Определение белка в суточной моче	151,00
405	77	Определение физических свойств эякулята	129,00
406	78	Анализ мочи по Нечипоренко (подсчет количества форменных элементов)	719,00
407	79	Определение уровня психоактивных веществ в моче (метилэтилендиоксипирвалерон)	430,00
408	80	Определение уровня психоактивных веществ в моче (этанол (этиленгликолюрид))	430,00
409	81	Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	352,00
410	82	Определение уровня психоактивных веществ в моче (каннабиноиды, амфетамины, опиаты)	430,00
411	83	Микроскопия соскоба с кожи	1 340,00
412	84	Определение уровня психоактивных веществ в моче (барбитураты, экстази, метадон)	430,00
413	85	Определение уровня психоактивных веществ в моче (котинин)	430,00
414	86	Обследование на ВИЧ с использованием тест-систем, разрешенных к применению	748,00
415	87	Определение антител классов A, M, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии пневмонии (<i>Chlamidia pneumoniae</i>) в крови (G)	766,00
416	88	Определение антител класса M(IgM) к микоплазме пневмонии (<i>Mycoplasma pneumoniae</i>) в крови (G)	766,00
417	89	Определение содержания ревматоидного фактора в крови (Ig-M и IgG)-ИФА (G)	736,00
418	91	Определение уровня психоактивных веществ в моче (синтетические каннабиноиды (спайсы))	430,00
419	92	Исследование не спровоцированных дыхательных объемов и потоков	1 031,00
420	93	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (<i>Cytomegalovirus</i>) в крови (G)	749,00
421	96	Томография костей, суставов	4 259,00
422	97	Томография сердца, средостения, легочных ворот	4 259,00
423	98	Томография шейного, грудного, поясничного-крестц.отдела позвоночника	3 951,00
424	99	Исследование физических свойств перитонеальной (асцитической) жидкости	130,00
425	100	Рентгенография плеча	1 672,00
426	102	Исследование тимоловой и сулемовой проб в сыворотке крови	127,00
427	103	Исследование уровня свободного трийодтиронина (Т3) в сыворотке крови	713,00
428	104	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	409,00
429	105	Микроскопическое исследование отделяемого из уретры на гарднереллы (<i>Gardnerella vaginalis</i>)	986,00
430	106	Микроскопия волос (трихометрия)	640,00
431	107	Микроскопия мазков с поверхности кожи	630,00
432	108	Микроскопия ногтей	627,00
433	109	Холтеровское мониторирование артериального давления	3 654,00

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	0,35	0,35
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	0,61	0,61
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	0,76	0,76
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	0,96	0,96
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	0,31	0,31
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	0,5	0,5
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,93	0,93
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	0,75	0,75
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	0,75	0,75
A11.07.026	Взятие образца биологического материала из очагов поражения органов рта	1,12	1,12
A11.01.019	Получение соскоба с эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек	1,12	1,12
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область	1,1	1,1
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов	0,25	0,25
A05.07.001	Электроодонтометрия зуба	0,42	0,42
B01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный		1,95
B01.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный		1,37
B04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,19
B01.065.007	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1,68	1,95
B01.065.008	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный	1,18	1,37
B04.065.005	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,25	1,19
B01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	1,68	
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	1,18	
B04.065.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	1,25	
B01.065.003	Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный	1,68	1,95
B01.065.004	Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный	1,18	1,37
B04.065.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) зубного	1,25	1,19

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
	врача		
B01.065.005	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный	1,5	1,5
B01.065.006	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный	0,9	0,9
A03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	0,63	0,63
A11.07.010	Введение лекарственных препаратов в пародонтальный карман	0,99	0,99
A11.07.022	Аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта	0,45	0,45
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов ¹	2	2
A16.07.082	Соплифывание твердых тканей зуба	0,25	0,25
A11.07.023	Применение метода серебрения зуба	0,88	0,88
A15.07.003	Наложение лечебной повязки при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и пародонта в области одной челюсти	2	2
A16.07.002.001	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием стоматологических цементов ²	1,53	1,53
A16.07.002.002	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения ²	1,95	1,95
A16.07.002.003	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием стоматологических цементов ²	1,85	1,85
A16.07.002.004	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения ²	2,5	2,5
A16.07.002.005	Восстановление зуба пломбой пломбой IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цементов ²	2,45	2,45
A16.07.002.006	Восстановление зуба пломбой пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения ²	3,25	3,25
A16.07.002.007	Восстановление зуба пломбой из амальгамы I, V класс по Блэку ²	1,95	1,95
A16.07.002.008	Восстановление зуба пломбой из амальгамы II класс по Блэку ²	2,33	2,33
A16.07.002.010	Восстановление зуба пломбой I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров ²	3,35	3,35
A16.07.002.011	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров ²	3,75	3,75
A16.07.002.012	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров ²	4	4
A16.07.002.009	Наложение временной пломбы	1,25	1,25
A16.07.091	Снятие временной пломбы	0,25	0,25
A16.07.092	Трепанация зуба, искусственной коронки	0,48	0,48
A16.07.008.001	Пломбирование корневого канала зуба пастой	1,16	1,16
A16.07.008.002	Пломбирование корневого канала зуба гуттаперчевыми штифтами	1,7	1,7
A11.07.027	Наложение девитализирующей пасты	0,03	0,03
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	0,21	0,21

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
A16.07.010	Экстирпация пульпы	0,46	0,46
A16.07.019	Временное шинирование при заболеваниях пародонта ³	1,98	1,98
A16.07.020.001	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ручным методом ⁴	0,32	0,32
A16.07.025.001	Избирательное полирование зуба	0,2	0,2
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ⁴	0,2	0,2
A16.07.030.001	Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала	0,92	0,92
A16.07.030.002	Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала	1,71	1,71
A16.07.030.003	Временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала	0,5	0,5
A16.07.039	Закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба ⁴	0,31	0,31
A16.07.082.001	Распломбировка корневого канала ранее леченного пастой	2	2
A16.07.082.002	Распломбировка одного корневого канала ранее леченного фосфатцементом/резорцин-формальдегидным методом	3,55	3,55
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1,4	1,4
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	1,08	1,08
A11.03.003	Внутрикостное введение лекарственных препаратов	0,82	0,82
A15.03.007	Наложение шины при переломах костей ⁵	6,87	6,87
A15.03.011	Снятие шины с одной челюсти	1,43	1,43
A15.04.002	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов	2,55	2,55
A15.07.001	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) зубов	2,96	2,96
A11.07.001	Биопсия слизистой полости рта	1,15	1,15
A11.07.002	Биопсия языка	1,15	1,15
A11.07.005	Биопсия слизистой преддверия полости рта	1,15	1,15
A11.07.007	Биопсия тканей губы	1,15	1,15
A11.07.008	Пункция кисты полости рта	0,91	0,91
A11.07.009	Бужирование протоков слюнных желез	3,01	3,01
A11.07.013	Пункция слюнной железы	0,91	0,91
A11.07.014	Пункция тканей полости рта	0,91	0,91
A11.07.015	Пункция языка	0,91	0,91
A11.07.016	Биопсия слизистой ротоглотки	1,15	1,15
A11.07.018	Пункция губы	0,91	0,91
A11.07.019	Пункция патологического образования слизистой преддверия полости рта	0,91	0,91
A11.07.020	Биопсия слюнной железы	1,15	1,15
A15.01.003	Наложение повязки при операции в челюстно-лицевой области	1,06	1,06
A15.07.002	Наложение повязки при операциях в полости рта	1,06	1,06
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани ⁶	1,3	1,3

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
A16.01.008	Спивание кожи и подкожной клетчатки ⁷	0,84	0,84
A16.07.097	Наложение шва на слизистую оболочку рта	0,84	0,84
A16.01.012	Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса)	2	2
A16.01.016	Удаление атеромы	2,33	2,33
A16.01.030	Иссечение грануляции	2,22	2,22
A16.04.018	Вправление вывиха сустава	1	1
A16.07.095.001	Остановка луночного кровотечения без наложения швов методом тампонады	1,25	1,25
A16.07.095.002	Остановка луночного кровотечения без наложения швов с использованием гемостатических материалов	1	1
A16.07.001.001	Удаление временного зуба	1,01	1,01
A16.07.001.002	Удаление постоянного зуба	1,55	1,55
A16.07.001.003	Удаление зуба сложное с разъединением корней	2,58	2,58
A16.07.024	Операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба	3	3
A16.07.040	Лоскутная операция в полости рта ⁸	2,7	2,7
A16.07.007	Резекция верхушки корня	3,78	3,78
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта	1	1
A16.07.012	Вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса	0,97	0,97
A16.07.013	Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба	1,03	1,03
A16.07.014	Вскрытие и дренирование абсцесса полости рта	2,14	2,14
A16.07.015	Вскрытие и дренирование очага воспаления мягких тканей лица или дна полости рта	2,41	2,41
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	3,89	3,89
A16.07.017.002	Коррекция объема и формы альвеолярного отростка ⁹	1,22	1,22
A16.07.026	Гингивэктомия	4,3	4,3
A16.07.089	Гингивопластика	4,3	4,3
A16.07.038	Открытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба ⁴	1	1
A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы	2,1	2,1
A16.07.043	Пластика уздечки нижней губы	2,1	2,1
A16.07.044	Пластика уздечки языка	1	1
A16.07.096	Пластика перфорации верхнечелюстной пазухи	4	4
A16.07.008.003	Заккрытие перфорации стенки корневого канала зуба	1,8	1,8
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона)	1,04	1,04
A16.07.059	Гемисекция зуба	2,6	2,6
A11.07.025	Промывание протока слюнной железы	1,85	1,85
A16.22.012	Удаление камней из протоков слюнных желез	3	3
A16.30.064	Иссечение свища мягких тканей	2,25	2,25
A16.30.069	Снятие послеоперационных швов (лигатур)	0,38	0,38
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	1,5	1,5
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	1,5	1,5
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	0,5	0,5
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	1,01	1,01
A17.07.006	Депофорез корневого канала зуба	1,5	1,5
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	2	2
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	1,67	1,67
A17.07.009	Воздействие электрическими полями при патологии	1	1

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
	полости рта и зубов		
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	1	1
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A20.07.001	Гидроорошение при заболевании полости рта и зубов	1,5	1,5
A21.07.001	Вакуум-терапия в стоматологии	0,68	0,68
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	1,25	1,25
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	1	1
Ортодонтия			
B01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный		4,21
B01.063.002	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный		1,38
B04.063.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта		1,69
A02.07.004	Антропометрические исследования		1,1
A23.07.002.027	Изготовление контрольной модели		2,5
A02.07.010.001	Снятие оттиска с одной челюсти		1,4
A02.07.010	Исследование на диагностических моделях челюстей		2
A23.07.001.001	Коррекция съемного ортодонтического аппарата		1,75
A23.07.003	Припасовка и наложение ортодонтического аппарата		1,8
A23.07.001.002	Ремонт ортодонтического аппарата		1,55
A23.07.002.037	Починка перелома базиса самотвердеющей пластмассой		1,75
A23.07.002.045	Изготовление дуги вестибулярной с дополнительными изгибами		3,85
A23.07.002.073	Изготовление дуги вестибулярной		2,7
A23.07.002.051	Изготовление кольца ортодонтического		4
A23.07.002.055	Изготовление коронки ортодонтической		4
A23.07.002.058	Изготовление пластинки вестибулярной		2,7
A23.07.002.059	Изготовление пластинки с заслоном для языка (без кламмеров)		2,5
A23.07.002.060	Изготовление пластинки с окклюзионными накладками		18,0
A16.07.053.002	Распил ортодонтического аппарата через винт		1
Профилактические услуги			
B04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,57
B04.065.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,3	1,57
B04.065.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	1,3	
B04.065.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,3	1,3
A11.07.012	Глубокое фторирование эмали зуба	0,3	0,3
A11.07.024	Местное применение реминерализующих препаратов	0,7	0,7

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
	в области зуба4		
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	0,87	0,87
A16.07.057	Запечатывание фиссуры зуба герметиком	1	1

Примечания:

- 1 - одного квадранта
- 2 - включая полирование пломбы
- 3 - трех зубов
- 4 - одного зуба
- 5 - на одной челюсти
- 6 - без наложения швов
- 7 - один шов
- 8 - в области двух-трех зубов
- 9 - в области одного-двух зубов

к Тарифному соглашению № 1 на 2021 год, утвержденному решением Комиссии по разработке Территориальной программы
ОМС
от 18.01.2021 г. № 01-2021

**Тарифы на отдельные виды лабораторных и диагностических исследований, оказываемых в рамках
территориальной программы ОМС на 2021 год**

№ п/п	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Тариф (руб.)	Группа услуг
Гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний				
1	A08.30.046.004	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала четвертой категории сложности	2 037,00	Гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний
2	A08.30.046.003	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала третьей категории сложности	1 340,00	Гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний
3	A08.30.046.002	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала второй категории сложности	1 678,00	Гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний
4	A08.30.046.005	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности	3 203,00	Гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний
Компьютерная томография				
5	A06.23.004.002	Компьютерная томография мягких тканей головы контрастированием	14 244,00	Компьютерная томография
6	A06.09.005.002	Компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием	7 444,00	Компьютерная томография
7	A06.09.005	Компьютерная томография органов грудной полости	14 641,00	Компьютерная томография
8	A06.30.005.002	Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием	12 274,00	Компьютерная томография
9	A06.03.058	отдел)	10 652,00	Компьютерная томография
10	A06.04.017	Компьютерная томография сустава	13 652,00	Компьютерная томография
11	A06.04.015	Томография височно-нижнечелюстного сустава	5 231,00	Компьютерная томография
12	A06.12.050	Компьютерно-томографическая ангиография одной анатомической области	8 438,00	Компьютерная томография
13	A06.03.002.004	Компьютерно-томографическое перфузионное исследование липевого отдела черепа	25 345,00	Компьютерная томография
14	A06.30.005.001	Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства	5 213,00	Компьютерная томография
15	A06.08.009.002	Компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием	14 050,00	Компьютерная томография
16	A06.21.003.002	Спиральная компьютерная томография органов таза у мужчин с внутривенным болюсным контрастированием	23 053,00	Компьютерная томография
17	A06.21.003.001	Спиральная компьютерная томография органов таза у мужчин	7 750,00	Компьютерная томография
18	A06.08.006	Томография придаточных пазух носа, гортани	11 231,00	Компьютерная томография
19	A06.08.009.001	Спиральная компьютерная томография шеи	18 112,00	Компьютерная томография
20	A06.03.036.002	Компьютерная томография нижней конечности с внутривенным болюсным контрастированием	11 470,00	Компьютерная томография
21	A06.20.002.002	Спиральная компьютерная томография органов малого таза у женщин с внутривенным болюсным контрастированием	7 845,00	Компьютерная томография
22	A06.20.002.001	Спиральная компьютерная томография органов малого таза у женщин	15 684,00	Компьютерная томография
23	A06.08.007	Компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани	14 050,00	Компьютерная томография
24	A06.03.062	Компьютерная томография кости	12 642,00	Компьютерная томография
25	A06.03.036.001	Компьютерная томография нижней конечности	5 352,00	Компьютерная томография
26	A06.03.021.002	Компьютерная томография верхней конечности с внутривенным болюсным контрастированием	2 404,00	Компьютерная томография

№ п/п	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Тариф (руб.)	Группа услуг
27	A06.03.021.001	Компьютерная томография верхней конечности	20 750,00	Компьютерная томография
28	A06.03.002	Компьютерная томография лицевого отдела черепа	3 652,00	Компьютерная томография
29	A06.28.009.002	Спиральная компьютерная томография почек и надпочечников	17 652,00	Компьютерная томография
Магнитно-резонансная томография				
30	A05.15.001	Магнитно-резонансная томография поджелудочной железы	17 045,00	Магнитно-резонансная томография
31	A05.30.008.001	Магнитно-резонансная томография шеи с внутривенным контрастированием	12 022,00	Магнитно-резонансная томография
32	A05.11.001	Магнитно-резонансная томография средостения	11 022,00	Магнитно-резонансная томография
33	A05.22.002.001	Магнитно-резонансная томография гипофиза с контрастированием	17 416,00	Магнитно-резонансная томография
34	A05.17.001.001	Магнитно-резонансная томография тонкой кишки с контрастированием	11 017,00	Магнитно-резонансная томография
35	A05.28.002	Магнитно-резонансная томография почек	10 022,00	Магнитно-резонансная томография
36	A05.04.001	Магнитно-резонансная томография суставов (один сустав)	14 022,00	Магнитно-резонансная томография
37	A05.30.012.001	Магнитно-резонансная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием	11 022,00	Магнитно-резонансная томография
38	A05.30.012	Магнитно-резонансная томография нижней конечности	10 440,71	Магнитно-резонансная томография
39	A05.30.007.001	Магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием	11 022,00	Магнитно-резонансная томография
40	A05.01.002.001	Магнитно-резонансная томография мягких тканей с контрастированием	14 224,00	Магнитно-резонансная томография
41	A05.30.004	Магнитно-резонансная томография органов малого таза	10 159,00	Магнитно-резонансная томография
42	A05.03.004.001	Магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием	12 022,00	Магнитно-резонансная томография
43	A05.17.001	Магнитно-резонансная томография тонкой кишки	12 022,00	Магнитно-резонансная томография
44	A06.30.002.002	Описание и интерпретация магнитно-резонансных томограмм	14 050,00	Магнитно-резонансная томография
45	A05.23.009.001	Магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием	17 020,00	Магнитно-резонансная томография
46	A05.18.001.001	Магнитно-резонансная томография толстой кишки с контрастированием	12 992,00	Магнитно-резонансная томография
47	A05.28.002.001	Магнитно-резонансная томография почек с контрастированием	11 984,02	Магнитно-резонансная томография
48	A05.18.001	Магнитно-резонансная томография толстой кишки	11 969,70	Магнитно-резонансная томография
49	A05.03.002.001	Магнитно-резонансная томография позвоночника с контрастированием (один отдел)	12 105,00	Магнитно-резонансная томография
50	A05.04.001.001	Магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) с контрастированием	17 960,00	Магнитно-резонансная томография
51	A05.30.007	Магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства	12 068,40	Магнитно-резонансная томография
52	A05.30.005.001	Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием	12 776,00	Магнитно-резонансная томография
53	A05.22.002	Магнитно-резонансная томография гипофиза	17 099,00	Магнитно-резонансная томография
54	A05.22.001	Магнитно-резонансная томография надпочечников	12 037,94	Магнитно-резонансная томография
55	A05.30.011.001	Магнитно-резонансная томография верхней конечности с внутривенным контрастированием	33 070,00	Магнитно-резонансная томография
Ультразвуковые исследования				
56	A04.12.003	Дуплексное сканирование аорты	711,00	Ультразвуковые исследования
57	A04.12.001	Ультразвуковая доплерография артерий верхних конечностей	4 510,00	Ультразвуковые исследования
58	A04.10.002	Эхокардиография	2 504,00	Ультразвуковые исследования
59	A04.12.004	Внутрисосудистое ультразвуковое исследование сосудистой стенки	1 087,00	Ультразвуковые исследования
Эндоскопические исследования				
60	A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	2 495,00	Эндоскопические исследования

№ п/п	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Тариф (руб.)	Группа услуг
61	A03.09.001	Бронхоскопия	3 276,00	Эндоскопические исследования
62	A03.18.001	Колоноскопия	4 839,00	Эндоскопические исследования
63	A11.16.002	Биопсия желудка с помощью эндоскопии	1 129,00	Эндоскопические исследования
64	A11.16.003	Биопсия двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопии	2 696,00	Эндоскопические исследования
65	A03.18.001.006	Толстокишечная эндоскопия видеокапсульная	3 792,98	Эндоскопические исследования
Молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний*				
66	A27.30.016	Молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене EGFR в биопсийном (операционном) материале	51 750,00	Молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний
67	A27.30.008	Молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене BRAF в биопсийном (операционном) материале	51 750,00	Молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний
68	A27.30.006	Молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене KRAS в биопсийном (операционном) материале	51 750,00	Молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний
69	A27.30.007	Молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене NRAS в биопсийном (операционном) материале	51 750,00	Молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний
70	A27.30.010	Молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене BRCA1 в биопсийном (операционном) материале	51 750,00	Молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний
	A27.30.011	Молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене BRCA2 в биопсийном (операционном) материале	51 750,00	Молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний
71		Патологоанатомические исследования с применением молекулярно-генетических методов in situ гибридизации ISH	51 750,00	Молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний
72		Иные	51 750,00	Молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний

При осуществлении амбулаторно-поликлинической помощи, в случае оказания медицинской услуги включенной в Приложение 21, сведения об этой услуге подаются в электронном реестре в составе законченного случая по АИП в разделе «Сведения об услуге». Общая стоимость случая при этом будет состоять из стоимости случая по тарифу и стоимости оказанной услуги. Указанные в Приложении 21 услуги могут подаваться к оплате в составе законченного случая при посещении с профилактической целью, посещении по неотложной помощи и при обращении по заболеванию. Записи об оказанных медицинских услугах, поданных на оплату должны содержаться в медицинской карте пациента. Медицинские услуги, включенные в Приложение 21 подаваться на оплату отдельно (не в составе законченного случая по тому или иному виду утвержденного тарифа АИП) не могут.

* - данный вид исследований не проводится на территории Чукотского автономного округа (пациенты направляются в другие субъекты Российской Федерации) ».

к Тарифному соглашению № 1 на 2021 год, утвержденному решением Комиссии по разработке
Территориальной программы ОМС
от 18.01.2021 г. № 01-2021

**Тарифы на паллиативную медицинскую помощь, оказываемую в рамках сверх базовой
программы ОМС на 2021 год**

№ п/п	Наименование	Единица измерения	Тариф (руб.)
1	Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях	к/день	8 676,12
2	Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях (без учета посещения на дому патронажными бригадами)	посещение	1 456,39
3	Паллиативная медицинская помощь на дому выездными патронажными бригадами	посещение	7 330,57

ПЕРЕЧЕНЬ СЛУЧАЕВ, ДЛЯ КОТОРЫХ УСТАНОВЛЕН КСЛП

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значения КСЛП
1	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра) ¹	1,0
3	Предоставление спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,2
4	Проведение первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации	1,2
5	Развертывание индивидуального поста	1,2
6	Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень возможных сочетанных операций установлен Приложением 3 Методических рекомендации ФФОМС и Министерства здравоохранения РФ)	1,3
7	Проведение однотипных операций на парных органах (перечень возможных однотипных операций на парных органах установлен Приложением 3 Методических рекомендации ФФОМС и Министерства здравоохранения РФ)	1,3
8	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (критерии применения КСЛП установлены Приложением 3 Методических рекомендации ФФОМС и Министерства здравоохранения РФ)	1,5
9	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента (перечень указанных заболеваний и состояний установлен Приложением 3 Методических рекомендации ФФОМС и Министерства здравоохранения РФ)	1,5
10	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями	1,5

¹ Кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки

Тариф одного законченного случая лечения заболевания, включенного в клинко - профильную группу, в условиях дневного стационара для жителей ЧАО с 01.01.2021 г.

	в рамках базовой программы	сверх базовой программы	в рамках базовой программы	сверх базовой программы
Уровень медицинской организации*	1		2	
Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи	0,90		1,05	
Коэффициент дифференциации	3,45		3,45	
Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи без учета коэффициента дифференциации, рублей	22 141,70	61 187,68	22 141,70	61 187,68
Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключающей влияние применяемых коэффициентов относительной затратно-мощности и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации) и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающий значения не ниже 65 % от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования, и не ниже 60 % от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования	0,90	-	0,90	-
Коэффициент специфики оказания медицинской помощи	1,00	-	1,00	-

* 1 уровень - ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 4 Федерального медико-биологического агентства», ((ФГБУЗ "Чукотская окружная больница" (подразделения медицинских организаций находящиеся за пределами населенных пунктов Анадырь, Билибино, Эгвекинот))

* 2 уровень - ГБУЗ "Чукотская окружная больница", (подразделения медицинских организаций находящиеся в пределах населенных пунктов Анадырь, Билибино, Эгвекинот)

Код профиля	Профиль	Относительные коэффициенты затратно-мощности КПП	Тариф одного случая госпитализации, руб.	Относительные коэффициенты затратно-мощности КПП	Тариф одного случая госпитализации, руб.
1	2	3	4	5	6
1	Акушерское дело	0,50	30 937,49	0,50	36 093,74
2	Акушерство и гинекология	0,80	49 499,98	0,80	57 749,98
3	Аллергология и иммунология	0,98	60 637,48	0,98	70 743,73
4	Гастрозитерология	0,89	55 068,73	0,89	64 246,85
5	Гематология	1,09	67 443,73	1,09	78 684,35
6	Дерматология	1,54	95 287,47	1,54	111 168,72
7	Детская кардиология	0,98	60 637,48	0,98	70 743,73
8	Детская онкология	12,80	791 999,75	12,80	923 999,71
9	Детская урология-андрология	1,42	87 862,47	1,42	102 506,22
10	Детская хирургия	1,60	98 999,97	1,60	115 499,96
11	Детская эндокринология	1,39	86 006,22	1,39	100 340,59
12	Инфекционные болезни	0,92	56 924,98	0,92	66 412,48
13	Кардиология	0,80	49 499,98	0,80	57 749,98
14	Колонпроктология	1,70	105 187,47	1,70	122 718,71
15	Неврология	1,05	64 968,73	1,05	75 796,85
16	Нейрохирургия	1,06	65 587,48	1,06	76 518,73
17	Неонатология	1,79	110 756,22	1,79	129 215,58
18	Нефрология (без диализа)	2,74	169 537,45	2,74	197 793,69
19	Онкология	6,11	378 056,13	6,11	441 065,49
20	Оториноларингология	0,98	60 637,48	0,98	70 743,73
21	Офтальмология	0,98	60 637,48	0,98	70 743,73
22	Педиатрия	0,93	57 543,73	0,93	67 134,35
23	Пульмонология	0,90	55 687,48	0,90	64 968,73
24	Ревматология	1,46	90 337,47	1,46	105 393,72
25	Сердечно-сосудистая хирургия	1,88	116 324,96	1,88	135 712,46
26	Стоматология детская	0,98	60 637,48	0,98	70 743,73
27	Терапия	0,74	45 787,49	0,74	53 418,73
28	Торакальная хирургия	1,32	81 674,97	1,32	95 287,47
29	Травматология и ортопедия	1,25	77 343,73	1,25	90 234,35
30	Урология	0,98	60 637,48	0,98	70 743,73
31	Хирургия	0,92	56 924,98	0,92	66 412,48
32	Хирургия(абдоминальная)	1,85	114 468,71	1,85	133 546,83

		в рамках базовой программы	сверх базовой программы	в рамках базовой программы	сверх базовой программы
33	Хирургия(комбустиология)	1,10	68 062,48	1,10	79 406,23
34	Челюстно-лицевая хирургия	0,89	55 068,73	0,89	64 246,85
35	Эндокринология	1,23	76 106,23	1,23	88 790,60
36	Медицинская реабилитация	1,72	106 424,97	1,72	124 162,46
37	Прочее				
37.1	Венерология	0,8423	160 026,68	0,8423	186 697,79
37.2	Наркология	0,8818	167 531,19	0,8818	195 453,06
37.3	Психиатрия	0,9806	186 301,98	0,9806	217 352,31
37.4	Фтизиатрия	0,8128	154 422,04	0,8128	180 159,05