

**Дополнительное соглашение № 5  
к тарифному соглашению в системе обязательного медицинского  
страхования Чеченской Республики на 2019 год**

Министерство здравоохранения Чеченской Республики в лице министра Сулейманова Э.А. (далее – Минздрав Чеченской Республики), Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в лице первого заместителя директора Алханова А.Р. (далее – ТФОМС Чеченской Республики), Страховая медицинская организация АО «МАКС-М» (филиал в г. Грозный) в лице директора Тапаева А.Ш. (далее - СМО), Чеченская региональная общественная организация «Медицинская палата Чеченской Республики» в лице Бартиева Р.А. (далее - Медицинская палата), Чеченская республиканская региональная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Батукаева М.К. (далее - Профсоюз) на основании Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», в связи изменениями, внесенными приказом Минздрава РФ от 13.03.2019 №124н в Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2019 №36 в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем: приложения №7, №8, №9 и №22 к тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2019 год изложить в новой редакции согласно приложениям №1, №2, №3, №4 к настоящему дополнительному соглашению.

СОГЛАСОВАНО: 04.07. 2019 года для применения с 01 июля 2019 года.

Минздрав Чеченской Республики  
Э.А. Сулейманов

ТФОМС Чеченской Республики  
А.Р. Алханов

СМО  
А.Ш. Тапаев

Медицинская палата  
Р.А. Бартиев

Профсоюз  
М.К. Батукаев



**Приложение №1 к дополнительному соглашению №5  
к тарифному соглашению в системе обязательного  
медицинского страхования Чеченской Республики  
на 2019 год**

Приложение № 7 к Тарифному  
соглашению в системе ОМС  
Чеченской Республики  
на 2019 год (в редакции допсоглашения № 5)

**ТАРИФЫ**

на амбулаторно-поликлиническую помощь  
(посещения по отдельным видам медицинской помощи)  
Чеченской Республики на 2019 год

в рублях

№ п/п	Специальности (ПОСЕЩЕНИЯ)	единица учета	в рублях	
			взрослые	дети
1.	Участковый врач-педиатр на приеме	посещ.	0	507,72
2.	Участковый врач-педиатр на дому	посещ.	0	558,34
3.	Участковый врач-терапевт на приеме	посещ.	336,67	0
4.	Участковый врач-терапевт на дому	посещ.	370,53	0
5.	Посещение среднего медицинского персонала, осуществляющего самостоятельный прием в Врачебных амбулаториях и ФАПх	посещ.	285,74	428,73
6.	Посещение средним медицинским персоналом Врачебных амбулаторий и ФАПов на дому	посещ.	322,71	484,17
7.	Посещение - оказание медпомощи в приемном отделении стационара при условии наблюдения за пациен том до 6 часов после проведения лечебно-диагностических мероприятий	посещ.	480,65	480,65
8.	Посещение по амбулаторной медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме	посещ.	601,40	601,40
9.	Диспансерное наблюдение (прием)	посещ.	473,8	473,8

**Приложение №2 к дополнительному соглашению №5  
к тарифному соглашению в системе обязательного  
медицинского страхования Чеченской Республики  
на 2019 год**

Приложение № 8 к Тарифному  
соглашению в системе ОМС Чеченской  
Республики на 2019 год  
(в редакции допсоглашения № 5)

<b>Тарифы</b> за законченный случай прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, действующие в системе ОМС на территории Чеченской Республики на 2019 год		
№	Возрастные группы населения	Тариф, рублей
<b>Группа №1</b>		
1	новорожденный	385,56
2	2 месяца	
3	4 месяца	
4	5 месяцев	
5	6 месяцев	
6	7 месяцев	
7	8 месяцев	
8	9 месяцев	
9	10 месяцев	
10	11 месяцев	
11	1 год 3 месяца	
12	1 год 6 месяцев	
<b>Группа №2</b>		
1	4 года	611,84
2	5 лет	
3	8 лет	
4	9 лет	
5	11 лет	
6	12 лет	
<b>Группа №3</b>		
1	3 месяца	1 141,52
2	2 года	
3	13 лет	
<b>Группа №4</b>		
1	1 месяц	1 928,38
2	12 месяцев	
3	7 лет	
4	14 лет	
<b>Группа №5</b>		
1	3 года	3 072,17
2	6 лет	
3	10 лет	
4	15 лет	
5	16 лет	
6	17 лет	

**Приложение №3 к дополнительному соглашению №5  
к тарифному соглашению в системе обязательного  
медицинского страхования Чеченской Республики  
на 2019 год**

Приложение № 9 к Тарифному соглашению  
в системе ОМС Чеченской Республики на 2019 год  
(в редакции допсоглашения №5)

**Таблица 1**

**ТАРИФЫ  
на проведение в системе ОМС Чеченской Республики в 2019 году приемов осмотров,  
консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских  
вмешательств, проводимых в рамках профилактического медицинского осмотра и  
первого этапа диспансеризации в определенные возрастные периоды в рамках  
приказа Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н**

№ п/п	Медицинская услуга	Тариф за 1 случай, рублей	Тариф за 1 случай, рублей (мобиль ная бригада)
	<b>Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых</b>		
1	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 18,24,30)	784,93	824,18
2	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 21,27,33)	673,68	707,36
3	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 40,44,46,52,56,58,62)	1222,83	1283,97
4	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 42,48,54)	1238,18	1300,09
5	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 41,43,47,49,53,59,61)	920,80	966,84
6	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 50,64)	1427,25	1498,61
7	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 51,57,63)	936,15	982,96
8	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 55)	1125,22	1181,48
9	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 60)	1442,60	1514,73
10	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 36)	895,32	940,09
11	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 39)	784,07	823,27
12	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 45)	1404,11	1474,32
13	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (женщины 18,24,30)	1155,92	1213,72
14	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (женщины 21,27,33)	1044,67	1096,90
15	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (женщины 42,48,54,60)	1774,12	1862,83

16	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (женщины 40,44, 46, 50,52,56,58,62,64)	1874,72	1968,46
17	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (женщины 41,43,47,49,53,55,59,61)	1206,54	1266,87
18	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (женщины 51,57,63)	1307,14	1372,50
19	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (женщины 36)	1266,31	1329,63
20	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (женщины 39)	1155,06	1212,81
21	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (женщины 45)	1570,68	1649,21
22	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 65,71)	1069,10	1122,56
23	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 66,70,72)	1165,00	1223,25
24	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 67,69,73,75)	1053,75	1106,44
25	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 68,74)	1180,35	1239,37
26	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 76,78,82,84,88,90,94,96)	974,22	1022,93
27	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 80,86,92,98)	989,57	1039,05
28	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 77,83,89,95)	878,32	922,24
29	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (мужчины 79,81,85,87,91,93,97,99)	862,97	906,12
30	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (женщины 65,71)	1354,84	1422,58
31	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (женщины 66,70,72)	1716,29	1802,10
32	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (женщины 67,69,73,75)	1339,49	1406,46
33	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (женщины 68,74)	1731,64	1818,22
34	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (женщины 76,78,82,84,88,90,94,96)	1259,96	1322,96
35	законченный случай диспансеризации взрослых 1 этап (женщины 77,83,89,95)	1164,06	1222,26
36	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (женщины 79,81,85,87,91,93,97,99)	1148,71	1206,15
37	Комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых 1 этап (женщины 80,86,92,98)	1275,31	1339,08
	<b>Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых</b>		
1	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых (мужчины 19)	812,31	852,93
2	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых (мужчины 23,25,29,31)	658,33	691,25
3	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых (мужчины 20,22,26,28,32,34)	769,58	808,06
4	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых (мужчины 35,37)	768,72	807,16

5	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых (мужчины 38)	879,97	923,97
6	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых (женщины 19)	1098,05	1152,95
7	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых (женщины 23,25,29,31)	944,07	991,27
8	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых (женщины 20,22,26,28,32,34)	1055,32	1108,09
9	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых (женщины 35,37)	1054,46	1107,18
10	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых (женщины 38)	1165,71	1224,00

**Приложение №3 к дополнительному соглашению №5  
к тарифному соглашению в системе обязательного  
медицинского страхования Чеченской Республики  
на 2019 год**

Приложение № 9  
к Тарифному соглашению  
в системе ОМС Чеченской Республики  
на 2019 год(в редакции допсоглашения №5)

**Таблица 2**

**Тарифы**

на оплату медицинской помощи при проведении профилактического медицинского осмотра взрослых в год прохождения диспансеризации в системе ОМС Чеченской Республики на 2019 год

	<b>Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых</b>	<b>Тариф за 1 случай, рублей</b>	<b>Тариф за 1 случай, рублей (мобильная бригада)</b>
	<b>Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год прохождения диспансеризации</b>		
1	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год диспансеризации (мужчины 18,24,30)	769,58	808,06
2	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год диспансеризации (мужчины 21,27,33)	658,33	691,25
3	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год диспансеризации (мужчины 40,42,44,46,48,50,52,54,56, 58,60,62,64)	923,56	969,74
4	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год диспансеризации (мужчины 41,43,45,47,49,51,53,55, 57,59,61,63)	812,31	852,93
5	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год диспансеризации (мужчины 36)	879,97	923,97
6	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год диспансеризации (мужчины 39)	768,72	807,16
7	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год диспансеризации (женщины 18,24,30)	1055,32	1108,09

8	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год диспансеризации (женщины 21,27,33)	944,07	991,27
9	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год диспансеризации (женщины 40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64)	923,56	969,74
10	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год диспансеризации (женщины 41,43,45,47,49,51,53,55, 57,59,61,63)	812,31	852,93
11	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год диспансеризации (женщины 36)	1165,71	1224,00
12	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год диспансеризации (женщины 39)	1054,46	1107,18
13	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год диспансеризации (мужчины 65,67,69,71,73,75,77,79,81,83,85,87,89,91,93,95,97,99)	754,48	792,20
14	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год диспансеризации (мужчины 66,68,70,72,74,76,78,80,82,84,86,88,90,92,94,96,98)	865,73	909,02
15	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год диспансеризации (женщины 65,67,69,71,73,75,77,79,81,83,85,87,89,91,93,95,97,99)	754,48	792,20
16	Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год диспансеризации (женщины 66,68,70,72,74,76,78,80,82,84,86,88,90,92,94,96,98)	865,73	909,02

**Приложение №3 к дополнительному соглашению №5  
к тарифному соглашению в системе обязательного  
медицинского страхования Чеченской Республики  
на 2019 год**

Приложение № 9  
к Тарифному соглашению  
в системе ОМС Чеченской Республики  
на 2019 год(в редакции допсоглашения №5)

**Таблица 3**

**Тарифы**  
на проведение диспансерного наблюдения взрослых в системе ОМС  
Чеченской Республики на 2019 год

	<b>Комплексное посещение профилактического медицинского осмотра взрослых в рамках диспансерного наблюдения</b>	<b>Тариф за 1 случай, рублей</b>
1	Комплексное посещение профилактического медицинского осмотра взрослых в рамках диспансерного наблюдения (мужчины 19,23,25,29,31)	861,07
2	Комплексное посещение профилактического медицинского осмотра взрослых в рамках диспансерного наблюдения (мужчины 20,22,26,28,32,34)	1068,12
3	Комплексное посещение профилактического медицинского осмотра взрослых в рамках диспансерного наблюдения (мужчины 35,37)	1064,80
4	Комплексное посещение профилактического медицинского осмотра взрослых в рамках диспансерного наблюдения (мужчины 38)	1240,11
5	Комплексное посещение профилактического медицинского осмотра взрослых в рамках диспансерного наблюдения (женщины 19,23,25,29,31)	908,45

6	Комплексное посещение профилактического медицинского осмотра взрослых в рамках диспансерного наблюдения (женщины 20,22,26,28,32,34)	1101,29
7	Комплексное посещение профилактического медицинского осмотра взрослых в рамках диспансерного наблюдения (женщины 35,37)	1064,80
8	Комплексное посещение профилактического медицинского осмотра взрослых в рамках диспансерного наблюдения (женщины 38)	1273,28

**Приложение №3 к дополнительному соглашению №5  
к тарифному соглашению в системе обязательного  
медицинского страхования Чеченской Республики  
на 2019 год**

Приложение № 9  
к Тарифному соглашению  
в системе ОМС Чеченской Республики  
на 2019 год(в редакции допсоглашения №5)

**Таблица 4**

**Тарифы на прием (осмотр, консультацию) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, проводимой в 2019 году в системе ОМС Чеченской Республики в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н**

**(в рублях за 1 услугу)**

<b>НАИМЕНОВАНИЕ</b>	<b>№ п/п</b>	<b>мужчины</b>	<b>женщины</b>
Опрос (анкетирование)	1	95,11	95,11
Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии), индекса массы тела	2	60,49	60,49
Измерение артериального давления на периферических артериях	3	35,89	35,89
Определение уровня общего холестерина в крови	4	32,67	32,67
Определение уровня глюкозы в крови	5	39,67	39,67
Определение относительного сердечно-сосудистого риска	6	57,83	57,83
Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска	7	57,83	57,83
Электрокардиография (в покое) при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 35 лет и старше 1 раз в год	8	110,39	110,39
Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером- гинекологом	9	0	285,74
Взятие с использованием щетки цитологической цервикальной мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (далее-мазок с шейки мат ки), цитологическое исследование мазка с шейки матки	10	0	85,25
Флюорография легких	11	111,25	111,25
Маммография обеих молочных желез в двух проекциях	12	0,00	265,55
Общий анализ крови	13	108,49	108,49
Прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций			

онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья*	14		
Краткое индивидуальное профилактическое консультирование	15	15,35	15,35
Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом	16	190,78	190,78
Определение простат-специфического антигена (ПСА) в крови	17	204,42	0
Измерение внутриглазного давления при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 40 лет и старше 1 раз в год	18	43,59	43,59
Эзофагогастродуоденоскопия	19	263,54	263,54

\* По пункту 14 применяются тарифы в соответствии с тарифами, утвержденными приложениями №5, №6 и №7 Тарифного соглашения в системе ОМС Чеченской Республики на 2019 год (при этом тариф для фельдшера(фельдшера-акушера) применяется в рамках тарифа на посещение среднего медицинского персонала, осуществляющего самостоятельный прием в Врачебных амбулаториях и ФАПах, приложения №7).

**Приложение №3 к дополнительному соглашению №5  
к тарифному соглашению в системе обязательного  
медицинского страхования Чеченской Республики  
на 2019 год**

Приложение № 9  
к Тарифному соглашению  
в системе ОМС Чеченской Республики  
на 2019 год(в редакции допсоглашения №5)

**Таблица 5**

**ТАРИФЫ**

**на проведение медицинских исследований и осмотров в рамках второго этапа  
диспансеризации определенных групп взрослого населения в системе ОМС  
Чеченской Республики в 2019 году в соответствии с приказом Министерства  
здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н**

**(в рублях за 1 услугу)**

<b>№ п/п</b>	<b>Медицинские исследования, осмотры</b>	<b>Тариф, рублей</b>
1	Дуплексное сканирование брахицефальных артерий (для мужчин в возрасте от 45 лет до 72 лет включительно и женщин в возрасте от 54 до 72 лет включительно при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных 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 ОНМК для граждан в возрасте от 65 до 90 лет, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением)	130,06
2	Эзофагогастродуоденоскопия (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки по назначению врача-терапевта)	263,54
3	Осмотр (консультация) врачом-неврологом (при наличии впервые выявлен -	

	ных указаний или подозрений на ранее перенесенное ОНМК 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)	385,16
4	Осмотр (консультация) 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)	357,95
5	Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии (для граждан в возрасте 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-уролога, врача- акушера-гинеколога, в случаях выявления симптомов злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки)	633,96
6	Колоноскопия или ректороманоскопия (в случае подозрения на злокачественные новообразования толстого кишечника по назначению врача-хирурга или врача колопроктолога)	973,43
7	Спирометрия (для граждан с подозрением на хроническое бронхолегочное заболевание, курящих граждан, выявленных по результатам анкетирования, - по назначению врача-терапевта)	179,52
8	Рентгенография легких, компьютерная томография легких (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования легкого по назначению врача-терапевта)	111,25
9	Осмотр (консультация) 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, направленного на раннее выявление злокачественных новообразований молочных желез)	522,78
10	Осмотр (консультация) врачом-оториноларингологом ( для граждан в возрасте 65 лет и старше при наличии медицинских показаний по результатам анкетирования или приема (осмотра) врача-терапевта)	274,85
11	Осмотр (консультация) врача-офтальмолога (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)	199,55
12	Проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья)	15,35
13	Прием (осмотр)врача-терапевта 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 высокотех-	336,67

СПРАВКА: 1. тарифы применяются для женщин и мужчин, за исключением тарифа по пункту 9, который применяется только для женщин;

2. пункт 12 - для граждан: а) с выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;

б) с выявленным по результатам анкетирования риском пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

в) для всех граждан в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении;

г) при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего 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 немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

**Перечень оснований для частичной или полной неоплаты медицинской помощи и применения штрафных санкций по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2019 год**

№ п/п	Перечень дефектов, нарушений	Коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи	Коэффициент для определения размера штрафа
<b>Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц</b>			
<b>1.1.</b>	<b>Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:</b>		
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;		0,3
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;		0,3
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения;		0,3
<b>1.2.</b>	<b>Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:</b>		

1.2.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		1,0
1.2.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;		3,0
<b>1.3.</b>	<b>Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:</b>		
1.3.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		1,0
1.3.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).		3,0
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	1,0	1,0
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.	0,5	0,5
<b>Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения</b>			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети «Интернет».		1,0
<b>2.2.</b>	<b>Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:</b>		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;		0,3
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой		0,3

	государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее -территориальная программа), в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;		0,3
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		0,3
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;		0,3
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.		0,3
<b>2.3.</b>	<b>Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.</b>		1,0
<b>2.4.</b>	<b>Отсутствие в медицинских организациях на информационных стендах следующей информации:</b>		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;		0,3
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		0,3
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;		0,3
2.4.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;		0,3
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;		0,3
2.4.6.	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		0,3

	соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой		
<b>Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи</b>			
3.1.	Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,1	1,0
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	
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);	0,3	
3.2.3.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,4	
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1,0
3.2.5.	приведших к летальному исходу за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	1,0	3,0
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	0,5	
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	0,3	

	поводу того же заболевания в течение тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова.		
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1,0
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре.	0,7	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	0,6	
3.10.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи.	0,3	
3.12.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	0,9	1,0
<b>Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации</b>			
4.1.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	1,0	1,0
4.2.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	0,1	
4.3.	Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1	

4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	0,5	
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.).	1,0	
<b>4.6.</b>	<b>Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:</b>		
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.		0,3
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1,0	1,0
<b>Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b>			
<b>5.1.</b>	<b>Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:</b>		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1,0	
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение;	1,0	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	1,0	
<b>5.2.</b>	<b>Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:</b>		

5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	1,0	
5.2.2.	введение 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.);	1,0	
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации;	1,0	
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	1,0	
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.	1,0	
<b>5.3.</b>	<b>Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования:</b>		
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу обязательного медицинского страхования.	1,0	
5.3.2.	Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1,0	
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).	1,0	
<b>5.4.</b>	<b>Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:</b>		
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату	1,0	

	медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;		
5.4.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1,0	
<b>5.5.</b>	<b>Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе:</b>		
5.5.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1,0	
5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	1,0	
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).	1,0	
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.	1,0	
<b>5.7.</b>	<b>Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:</b>		
5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1,0	
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1,0	
5.7.3.	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1,0	

5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования;	1,0	
5.7.5.	Включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях); - дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).	1,0	
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1,0	
5.8	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом.	1,0	

**6. Порядок применения мер к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи**

В соответствии со статьей 40 Федерального закона по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи.

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи и порядком организации и проведения контроля.

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

$$C = H + C_{\text{штр}},$$

где:

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

$C_{\text{штр}}$  - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

где:

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

$K_{\text{но}}$  - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее - Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля:

Размер $K_{\text{но}}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,1	3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3
0,3	3.2.2; 3.5; 3.10
0,4	3.2.3
0,5	1.5; 3.4; 4.4
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.6
0,9	3.2.4; 3.12
1,0	1.4; 3.2.5; 4.1; 4.5; 4.6.2; раздел 5

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 4.6.1 Перечня оснований), страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

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

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

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

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

где:

$\text{РП}_{\text{А базовый}}$  - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля, который составляет 1410,84 рубля на 2019 год;

$K_{\text{шт}}$  - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

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

где:

$\text{РП}_{\text{СМП базовый}}$  - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской

помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля, который составляет 643,92 рубля на 2019 год;

$K_{\text{штр}}$  - коэффициент для определения размера штрафа;

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

$$C_{\text{штр}} = \text{РП}_{\text{ст}} \times K_{\text{штр}},$$

где:

$\text{РП}_{\text{ст}}$  - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля, который составляет на 2019 год:

- в условиях круглосуточного стационара - 5596,10 рублей,
- в условиях дневного стационара - 1194,50 рублей;

$K_{\text{штр}}$  - коэффициент для определения размера штрафа.

Коэффициент для определения размера штрафа ( $K_{\text{штр}}$ ) устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

Размер $K_{\text{штр}}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6; 3.7; 4.6.1
0,5	1.5
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.12; 4.1, 4.6.2
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в страховую медицинскую организацию отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации, сформированного по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи.

При превышении в отчетном месяце объема средств, направленных в медицинскую организацию в соответствии с заявкой на авансирование медицинской помощи, над суммой счета на оплату медицинской помощи, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в последующие месяцы размер заявки на авансирование медицинской помощи уменьшается на сумму средств указанного превышения, за исключением случаев, установленных частью 6 статьи 38 Федерального закона, связанных с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту.

Медицинская организация и страховая медицинская организация ежемесячно анализируют предъявленные к оплате объемы оказанной медицинской помощи и финансовых средств и за два месяца отчетного квартала оценивают риск превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенными медицинской организацией и страховой медицинской организации на соответствующий квартал решением Комиссии.

В случае превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенных медицинской организацией решением Комиссии на квартал, медицинская организация до окончания отчетного квартала и формирования реестров счетов обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении объемов медицинской помощи и финансовых средств.