

КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОБЛЗДРАВ)

ул. Туркменская, д.6. Волгоград. 400119
Тел. (8442) 30-99-99. Факс (8442) 30-99-96
E-mail: oblzdrav@volganet.ru

Председателю
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования

Баланину И.В.

02.06.2026 № 14/11/44
На № _____ от _____

Уважаемый Илья Валерьевич!

Направляем Вам дополнительное соглашение № 6 от 28.05.2026 года к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области на 2026 год от 29 декабря 2025 года.

Приложение на 17 л., в 1 экз.

Председатель комитета здравоохранения
Волгоградской области

А.И. Себелев

Дополнительное соглашение № 6
к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования
Волгоградской области на 2026 год от 29 декабря 2025 года

г. Волгоград

28 мая 2026г.

Стороны, действующие в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в составе представителей, включенных в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области, в лице председателя комитета здравоохранения Волгоградской области А.И. Себелева, заместителя председателя комитета здравоохранения Волгоградской области Н.Н. Алимова, директора государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» А.В. Пайль, заместителя директора по мониторингу системы обязательного медицинского страхования государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» Т.Г. Грачевой, директора Волгоградского филиала Акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» П.В. Сёмина, директора Административного структурного подразделения ООО «Капитал МС» - Филиала в Волгоградской области И.А. Скрыбиной, председателя Волгоградской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации И.В. Ерохиной, члена президиума Волгоградской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации С.В. Смыковой, члена некоммерческого партнерства «Волгоградская медицинская палата» О.Н. Баркановой, члена некоммерческого партнерства «Волгоградская медицинская палата» С.В. Симакова, заключили настоящее дополнительное соглашение к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области на 2026 год от 29 декабря 2025 г. (далее - дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1. Внести изменения в Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области на 2026 год от 29 декабря 2025 г. (далее – Тарифное соглашение) согласно приложению к настоящему дополнительному соглашению.

2. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания сторонами и распространяет своё действие на правоотношения, возникшие с 1 января 2026 года, за исключением пунктов 3.1., 3.2., пунктов 4.1., 4.2. прилагаемых изменений к Тарифному соглашению.

3. Положения пункта 3.1., пункта 4.1. прилагаемых изменений к Тарифному соглашению вступают в силу с момента подписания сторонами и распространяют своё действие на правоотношения, возникшие с 04 мая 2026 года.

4. Положения пункта 3.2., пункта 4.2. прилагаемых изменений к Тарифному соглашению вступают в силу с момента подписания сторонами и распространяют своё действие на правоотношения, возникшие с 12 мая 2026 года.

5. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения.

Подписи сторон:

От органа исполнительной власти Волгоградской области:

Председатель комитета здравоохранения
Волгоградской области



А.И. СЕБЕЛЕВ

Заместитель председателя комитета здравоохранения
Волгоградской области

Н.Н. АЛИМОВ

От государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Волгоградской области»:

Директор «ТФОМС Волгоградской области»



А.В. ПАЙЛЬ

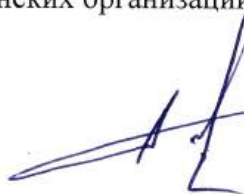
Заместитель директора по мониторингу системы ОМС
«ТФОМС Волгоградской области»



Т.Г. ГРАЧЕВА

От страховых медицинских организаций:

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



П.В. СЁМИН

Директор Административного структурного подразделения ООО
«Капитал МС» - Филиала в Волгоградской области



И.А. СКРЯБИНА

От профессионального союза медицинских работников:

Председатель Волгоградской областной организации профсоюза
работников здравоохранения Российской Федерации



И.В. ЕРОХИНА

Член президиума Волгоградской областной организации
профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации



С.В. СМЫКОВА

От ассоциации медицинских профессиональных некоммерческих организаций:

Член некоммерческого партнерства «Волгоградская
медицинская палата»



С.В. СИМАКОВ

Член некоммерческого партнерства «Волгоградская
медицинская палата»

О.Н. БАРКАНОВА

Изменения в Тарифное соглашение
в сфере обязательного медицинского страхования
Волгоградской области на 2026 год от 29 декабря 2025 года
(далее соответственно – Изменения, Тарифное соглашение)

1. В разделе 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи»:

1.1. в подпункте 1 пункта 3.3 цифры «8569,60» заменить цифрами «8597,10».

1.2. подпункт 6 пункта 3.3. изложить в новой редакции:

«6) базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи за единицу объема ее оказания составляют:

комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров - 2611,1 руб.;

комплексное посещение для проведения диспансеризации - 3222,1 руб., в том числе комплексное посещение для проведения углубленной диспансеризации - 2349,6 руб.;

диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин - 1934,5 руб.;

в том числе:

женщины - 3054,8 руб.;

мужчины - 759,6 руб.;

посещение с иными целями - 440,2 руб.;

посещение по неотложной медицинской помощи - 1050,70 руб.;

обращение в связи с заболеваниями всего - 2064,7 руб.;

из них:

консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой - 379,9 руб.;

консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями - 336,3 руб.;

проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований - 2303,7 руб.;

КТ - 3438,9 руб.;

МРТ - 4695,5 руб.;

УЗИ сердечно-сосудистой системы - 741,8 руб.;

эндоскопическое диагностическое исследование - 1360,2 руб.;

молекулярно-генетическое исследование - 10693,2 руб.;

патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного материала) - 2637,1 руб.;

ПЭТ-КТ - 35414,4 руб.;

ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия - 4859,6 руб.;

неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) - 14510,5 руб.;

определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦ - 1102,3 руб.;

лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС) - 1954,2 руб.;

Школа для больных с хроническими заболеваниями, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания - 960,8 руб.,

в том числе:

школа сахарного диабета - 1414,8 руб.;

комплексное посещение для проведения диспансерного наблюдения - 3172,35 руб.,

в том числе по поводу:

онкологических заболеваний - 4331,7 руб.;

сахарного диабета - 1883,1 руб.;

болезней системы кровообращения - 3680,7 руб.;

дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов - 1108,4 руб.,

в том числе:

пациентов с сахарным диабетом - 3651,7 руб.;

пациентов с артериальной гипертензией - 964,0 руб.;

посещения с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение - 3225,9 руб.;

комплексное посещение при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" - 27169,8 руб.;

при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара:

случай госпитализации (без медицинской реабилитации) - 55749,7 руб.;

случай госпитализации по профилю "онкология" - 103020,2 руб.;

случай госпитализации по профилю "медицинская реабилитация" - 57836,7 руб.;

стентирование для больных с инфарктом миокарда - 167914,0 руб.;

имплантация частотно-адаптированного кардиостимулятора взрослым - 259394,0 руб.;

эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца - 351396,1 руб.;

стентирование/эндартерэктомия - 211159,8 руб.;

трансплантация почки - 1299928,4 руб.;

при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара:

случай лечения по профилю (без медицинской реабилитации) - 32667,62 руб.;

случай лечения по профилю "онкология" - 80141,8 руб.;

случай лечения при экстракорпоральном оплодотворении - 117837,9 руб.;

случай лечения больных с вирусным гепатитом С - 62806,9 руб.;

случай лечения "медицинская реабилитация" - 29883,2 руб.».

1.3. в абзаце третьем пункта 3.4. цифры «2258,3» заменить цифрами «2230,8».

2. Раздел 4 «Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящим Изменениям.

3.В приложении 1 к Тарифному соглашению:

3.1. исключить строки следующего содержания:

«

365301	Государственное автономное учреждение здравоохранения "Жирновская стоматологическая поликлиника"						+		
615301	Государственное автономное учреждение здравоохранения "Стоматологическая поликлиника"						+		

».

3.2. исключить строку следующего содержания:

«

435301	Государственное автономное учреждение здравоохранения "Котовская стоматологическая поликлиника"						+		
--------	---	--	--	--	--	--	---	--	--

».

4. В части 1.2 приложения 2 к Тарифному соглашению:

4.1. исключить строки следующего содержания:

«

365301	Государственное автономное учреждение здравоохранения "Жирновская стоматологическая поликлиника"	1	1
615301	Государственное автономное учреждение здравоохранения "Стоматологическая поликлиника"	1	1

».

4.2. исключить строку следующего содержания:

«

435301	Государственное автономное учреждение здравоохранения "Котовская стоматологическая поликлиника"	1	1
--------	---	---	---

».

«4. Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества определяется в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, включающим в себя методику исчисления размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, указанных штрафов и установленным правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 N 496н

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) <*>	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества
Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля			
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения	0	0,3
1.2.	Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам	0	1

	проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения (в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи)		
1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей	1	0,3
1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета	1	0
1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов	1	0
1.4.3.	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, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи, по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам	1	0
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов	1	0
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов некорректна (содержит арифметическую ошибку)	1	0
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты	1	0
1.5.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица,	1	0

	приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе)		
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, а также заболеваний и состояний, не входящих в программу обязательного медицинского страхования	1	0
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании	1	0
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании	1	0
1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации <1>, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности	1	0
1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании	1	0
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания	1	0

	медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании		
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:		
1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации	1	0
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации	1	0
1.8.3.	предоставление на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов)	1	0
1.9.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи	1	0
1.10.	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		
1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее)	1	0
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре	1	0
1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией	1	0

1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию	1	0
1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме)	1	0
1.10.6.	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
Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы			
2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования	0	0,3
2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи	1	3
2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее (за исключением случаев, связанных с патологией беременности и родами) в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией)	1	0,3
2.8.	Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в	1	0,3

	условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях)		
2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования	0	1
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов <2>, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <3>, на основе клинических рекомендаций	0,5	0,5
2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации	0	0,6
2.12.	Непредставление медицинской документации, учетно-отчетной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации, или специалиста-эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их поручению	1	0
2.13.	Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на	0,1	0

	медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях <4>		
2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и (или) учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы)	0,5	0
2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней)	1	0
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании	0,1	0,3
2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу	1	1
2.16.3.	некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации	1	0
2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов	0	0,3
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования	0	0,3

Раздел 3. Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи			
3.1.	Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	0,1	0
3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	0,3	0
3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания	0,4	0,3
3.1.4.	приведшее к инвалидизации	0,9	1
3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов)	1	3
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	0,1	0
3.2.2.	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	0,4	0,3

	вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях)		
3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	0,9	1
3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	1	3
3.2.5.	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	0,9	1
3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения	0,9	1
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания	0,5	0,6
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	0,5	0,3
3.5.	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	0,3	0

	медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация)		
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	0,8	1
3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций) в течение суток или более, если перевод в течение суток невозможен с учетом тяжести состояния пациента и его транспортабельности	1	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки	1	0,3
3.9.	Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов	1	0,3
3.10.	Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2 - 3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением	0,9	0,5

	оказания медицинской помощи в экстренной форме)		
3.11.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи	0,5	0
3.12.	Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача	0	0,3
3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов с учетом клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента	0,5	0,6
3.14.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:		
3.14.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья	0	1
3.14.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья	0	2
3.14.3.	приведший к летальному исходу	0	3
3.15.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в указанный порядок исследований, в том числе:		
3.15.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья	0	1
3.15.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного	0	2

	лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения)		
3.15.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения)	0	3

<*> В соответствии с приказом Минздрава России от 19 марта 2021 г. N 231н "Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения".

<1> В соответствии с частью 1 статьи 32 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

<2> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2025 г. N 3867-р.

<3> Распоряжение Правительства Российской Федерации 31 декабря 2018 г. N 3053-р.

<4> В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Размеры подушевых нормативов финансирования, применяемые для расчета штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, для которого размер подушевого норматива финансирования (РП) - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи):

в амбулаторных условиях:

2758,4 руб. - по обращениям (законченным случаям),

567,4 руб. - по посещениям с неотложной целью,

632,5 руб. - по проведению отдельных диагностических (лабораторных) исследований,

975,2 руб. - по комплексным посещениям в рамках диспансерного наблюдения,

119,1 руб. - по комплексным посещениям при проведении медицинской реабилитации;

202,0 руб. - по комплексным посещениям в школах для больных с хроническими заболеваниями, школах для беременных и по вопросам грудного вскармливания,

20,0 руб. - по комплексным посещениям при дистанционном наблюдении за состоянием здоровья пациентов;

по посещениям с профилактическими целями:

1256,6 руб. - при проведении диспансеризации,

281,8 руб. - при проведении диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин,

679,3 руб. - при проведении профилактических медицинских осмотров,

1152,5 руб. - по посещениям с иными целями,

105,9 руб. - по посещениям с профилактическими целями центров здоровья;

в условиях круглосуточного стационара:

9841,2 руб. - по случаям госпитализации, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, за исключением медицинской реабилитации,

339,4 руб. - по случаям госпитализации при проведении медицинской реабилитации;

в условиях дневного стационара:

2265,3 руб. - по случаям лечения, за исключением медицинской реабилитации,

56,5 руб. - по случаям лечения при проведении медицинской реабилитации;

при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации - 1331,2 руб.».