



ЙЫШӐНУ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

09.04.2026 202 №

09.04.2026 № 202

Шупашкар хули

г. Чебоксары

Об утверждении Порядка организации зубного протезирования участникам специальной военной операции в Чувашской Республике

Кабинет Министров Чувашской Республики постановляет:

1. Утвердить прилагаемый Порядок организации зубного протезирования участникам специальной военной операции в Чувашской Республике.
2. Контроль за выполнением настоящего постановления возложить на Министерство здравоохранения Чувашской Республики.
3. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

Председатель Кабинета Министров
Чувашской Республики С. Артамонов



УТВЕРЖДЕН
постановлением Кабинета Министров
Чувашской Республики
от 09.04.2026 № 202

П О Р Я Д О К
организации зубного протезирования участникам специальной
военной операции в Чувашской Республике

1. Настоящий Порядок определяет процедуру и условия оказания в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республике медицинской помощи на текущий год и плановый период участникам специальной военной операции, проживающим на территории Чувашской Республики (далее – участник специальной военной операции, заявитель, пациент), медицинской помощи в виде зубного протезирования за счет средств республиканского бюджета Чувашской Республики.

Для целей настоящего Порядка в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год и плановый период, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации, под участниками специальной военной операции понимаются ветераны боевых действий, указанные в абзацах втором и третьем подпункта «в» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 3 апреля 2023 г. № 232 «О создании Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества».

2. Зубное протезирование участникам специальной военной операции проводится в автономном учреждении Чувашской Республики «Республиканская стоматологическая поликлиника» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (далее – АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии) при наличии медицинских показаний.

3. Финансирование расходов, связанных с реализацией настоящего Порядка, осуществляется путем предоставления АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии субсидии из республиканского бюджета Чувашской Республики на финансовое обеспечение выполнения государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ). Предельная стоимость медицинских услуг по проведению зубного протезирования не может превышать 50 тыс. рублей на одного пациента.

В случае, если стоимость медицинских услуг по проведению зубного протезирования превышает предельную стоимость медицинских услуг по проведению зубного протезирования, заявитель вправе осуществить доплату до их фактической стоимости за счет собственных средств.

В случае, если стоимость медицинских услуг по проведению зубного протезирования ниже предельной стоимости медицинских услуг по проведению зубного протезирования, оказанные медицинские услуги по проведению зубного протезирования подлежат оплате за счет средств республиканского бюджета Чувашской Республики по их фактической стоимости.

4. Проведение зубного протезирования участникам специальной военной операции осуществляется не чаще одного раза в два года.

5. Для проведения зубного протезирования врач-стоматолог медицинской организации, подведомственной Министерству здравоохранения Чувашской Республики (далее – медицинская организация), проводит прием участника специальной военной операции и при наличии медицинских показаний с его согласия выдает направление в АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии для проведения зубного протезирования. Информация о необходимости подготовки и подачи в соответствии с настоящим Порядком заявления и документов, указанных в абзацах втором – девятом, двенадцатом пункта 6 настоящего Порядка, доводится до участника специальной военной операции в ходе приема.

Участник специальной военной операции вправе обратиться для проведения зубного протезирования непосредственно в АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии.

Врач-стоматолог-ортопед АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии проводит первичный прием направленного из медицинской организации или обратившегося непосредственно в АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии участника специальной военной операции, после чего оформленные на первичном приеме медицинские документы не позднее следующего рабочего дня после дня первичного приема передаются заведующим отделением ортопедической стоматологии для рассмотрения и принятия соответствующего решения во врачебную комиссию АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии (далее – врачебная комиссия).

6. После проведения первичного приема врачом-стоматологом-ортопедом АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии участник специальной военной операции (законный представитель участника специальной военной операции) подает в АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии заявление об оказании медицинской помощи в виде зубного протезирования за счет средств республиканского бюджета Чувашской Республики по форме согласно приложению № 1 к настоящему Порядку (далее – заявление) с приложением следующих документов:

копии паспорта гражданина Российской Федерации или иного документа, удостоверяющего личность;

копии страхового номера индивидуального лицевого счета или иного документа, подтверждающего регистрацию в системе индивидуального персонифицированного учета, содержащего сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета заявителя;

копии полиса обязательного медицинского страхования;

копии документа, подтверждающего факт проживания заявителя на территории Чувашской Республики (за исключением случая, если эти сведения содержатся в документе, удостоверяющем личность заявителя);

копии выписки из приказа об увольнении с военной службы (службы) или копии справки из военного комиссариата по месту проживания об увольнении с военной службы (службы);

копии удостоверения ветерана боевых действий, выданного в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2003 г. № 763 «Об удостоверении ветерана боевых действий» или иного доку-

мента, подтверждающего принадлежность лица к категории граждан, указанных в пункте 1 настоящего Порядка;

копии документа, удостоверяющего личность законного представителя заявителя, и документа, подтверждающего полномочия законного представителя заявителя (в случае обращения законного представителя заявителя);

согласия на обработку персональных данных заявителя (законного представителя заявителя), форма которого утверждается приказом АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии.

Копии документов, указанных в абзацах втором – восьмом, двенадцатом настоящего пункта, представляются с одновременным предъявлением оригиналов. После сверки копий представленных документов с оригиналами они заверяются должностным лицом АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии, осуществляющим прием документов, оригиналы возвращаются заявителю. В случае представления копий документов, верность которых засвидетельствована в установленном законодательством Российской Федерации порядке, предъявление оригиналов не требуется.

Заявитель несет ответственность за полноту и достоверность сведений, содержащихся в представляемых им документах, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии в течение двух рабочих дней со дня регистрации заявления и документов, указанных в настоящем пункте, запрашивает в порядке межведомственного информационного взаимодействия сведения об инвалидности, содержащиеся в государственной информационной системе «Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере» (далее – цифровая платформа), в случае отсутствия сведений на цифровой платформе – копию справки об инвалидности заявителя (при наличии у заявителя I группы инвалидности).

Копию справки об инвалидности (при наличии у заявителя I группы инвалидности) заявитель вправе представить по собственной инициативе.

7. Заявление и документы, указанные в абзацах втором – девятом, двенадцатом пункта 6 настоящего Порядка, регистрируются в АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии в день подачи заявления. Уведомление о приеме заявления и документов, указанных в абзацах втором – девятом, двенадцатом пункта 6 настоящего Порядка, выдается заявителю (законному представителю заявителя) в день их регистрации в АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии.

8. Заявление и документы, указанные в абзацах втором – девятом, двенадцатом пункта 6 настоящего Порядка, рассматриваются врачебной комиссией, которая создается АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии и осуществляет свою деятельность в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 апреля 2025 г. № 180н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 15 мая 2025 г., регистрационный № 82196).

9. Не позднее десяти рабочих дней со дня регистрации АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии заявления и документов, указанных в абзацах втором – девятом, двенадцатом пункта 6 настоящего Порядка, врачебная комиссия рассматривает их и направленные во врачебную

комиссию медицинские документы, указанные в абзаце третьем пункта 5 настоящего Порядка, в отношении участника специальной военной операции, после чего принимает решение о проведении зубного протезирования либо об отказе в проведении зубного протезирования (далее – решение врачебной комиссии).

Заседание врачебной комиссии проводится с приглашением заявителя. При этом заявитель уведомляется в любой доступной форме о дате, месте и времени проведения заседания врачебной комиссии не позднее чем за два рабочих дня до дня проведения заседания врачебной комиссии.

В случае принятия решения врачебной комиссии о проведении зубного протезирования АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии информирует заявителя в любой доступной форме о принятом решении в течение пяти рабочих дней со дня его принятия.

В случае принятия решения врачебной комиссии об отказе в проведении зубного протезирования АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии в срок, не превышающий десяти рабочих дней со дня принятия такого решения, извещает заявителя по адресу электронной почты, указанному в заявлении, или почтовым отправлением о принятом решении с указанием причины отказа.

10. Основаниями для отказа в проведении зубного протезирования являются:

несоответствие заявителя критериям и условию, установленным пунктами 1 и 4 настоящего Порядка соответственно;

непредставление (представление не в полном объеме) заявителем документов, указанных в абзацах втором – девятом пункта 6 настоящего Порядка;

установление факта наличия в заявлении и (или) представленных заявителем документах, указанных в абзацах втором – девятом пункта 6 настоящего Порядка, недостоверных данных;

установление врачебной комиссией факта невозможности проведения зубного протезирования по медицинским показаниям.

Заявитель вправе повторно обратиться в АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии в соответствии с настоящим Порядком с заявлением после устранения оснований для отказа в проведении зубного протезирования, указанных настоящим пункте.

11. В день принятия врачебной комиссией решения о проведении зубного протезирования участник специальной военной операции включается в список очередников – участников специальной военной операции, нуждающихся в зубном протезировании, сформированный в регистрационном журнале АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии (далее – список очередников), с указанием фамилии, имени, отчества (последнее – при наличии) участника специальной военной операции, страхового номера индивидуального лицевого счета, даты подачи заявления и документов, указанных в абзацах втором – девятом, двенадцатом пункта 6 настоящего Порядка.

Участники специальной военной операции, имеющие инвалидность I группы, обслуживаются в первоочередном порядке.

12. АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии не позднее чем за десять рабочих дней до предполагаемой даты проведения зубного протезирования согласно списку очередников направляет уведомление заявителю (законному представителю заявителя) по адресу электронной

почты, указанному в заявлении, или почтовым отправлением о дате и времени проведения зубного протезирования (далее – уведомление).

13. В случае неявки заявителя в АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии для проведения зубного протезирования в течение 20 рабочих дней с даты, указанной в уведомлении, заявитель исключается из списка очередников, о чем не позднее двух рабочих дней со дня исключения из списка очередников уведомляется почтовым отправлением.

Для повторного включения в список очередников заявителю (законному представителю заявителя) необходимо обратиться в АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии в порядке, предусмотренном настоящим Порядком.

14. Заявитель (законный представитель заявителя) имеет право отказаться от проведения зубного протезирования. В этом случае в АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии им оформляется отказ от проведения зубного протезирования по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку.

15. При отсутствии возможности завершения оказания медицинских услуг по проведению зубного протезирования в связи со смертью пациента либо его неявкой в течение срока более чем 90 календарных дней с даты последнего посещения им врача-стоматолога-ортопеда АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии медицинские услуги по проведению зубного протезирования подлежат оплате за счет средств республиканского бюджета Чувашской Республики в объеме фактически выполненных работ, но не более предельной стоимости медицинских услуг по проведению зубного протезирования, в том числе в части стоимости изготовленных, но неустановленных зубных протезов. Факт отсутствия возможности завершения оказания медицинских услуг по проведению зубного протезирования должен быть зафиксирован не позднее двух рабочих дней после установления факта смерти или неявки в медицинской документации решением врачебной комиссии АУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии.

Приложение № 1
к Порядку организации зубного
протезирования участникам
специальной военной операции
в Чувашской Республике

(форма)

Главному врачу автономного учреждения
Чувашской Республики «Республиканская
стоматологическая поликлиника»
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))
от _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))
проживающего по адресу: _____

номер телефона: _____,
e-mail: _____

З А Я В Л Е Н И Е

об оказании медицинской помощи в виде зубного протезирования за счет средств республиканского бюджета Чувашской Республики

Прошу провести зубное протезирование за счет средств республиканского бюджета Чувашской Республики как ветерану боевых действий, указанному в абзацах втором и третьем подпункта «в» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 3 апреля 2023 г. № 232 «О создании Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества», проживающему на территории Чувашской Республики (далее – заявитель).

К заявлению прилагаю (нужное отметить):

- копия паспорта гражданина Российской Федерации или иного документа, удостоверяющего личность;
- копия страхового номера индивидуального лицевого счета или иного документа, подтверждающего регистрацию в системе индивидуального персонифицированного учета, содержащего сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета заявителя;
- копия документа, подтверждающего факт проживания заявителя на территории Чувашской Республики (за исключением случая, если эти сведения содержатся в документе, удостоверяющем личность заявителя);
- копия полиса обязательного медицинского страхования;
- копия выписки из приказа об увольнении с военной службы (службы) или копия справки из военного комиссариата по месту проживания об увольнении с военной службы (службы);
- копия удостоверения ветерана боевых действий, выданного в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря

2003 г. № 763 «Об удостоверении ветерана боевых действий», или иного документа, подтверждающего принадлежность заявителя к категории лиц, указанных в абзацах втором и третьем подпункта «в» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 3 апреля 2023 г. № 232 «О создании Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества»;

копии документа, удостоверяющего личность законного представителя заявителя, и документа, подтверждающего полномочия законного представителя заявителя (в случае обращения законного представителя заявителя);

копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной федеральным учреждением медико-социальной экспертизы (при наличии у заявителя I группы инвалидности);

согласие на обработку персональных данных заявителя (законного представителя заявителя).

Полноту и достоверность сведений, указанных в заявлении и прилагаемых к нему документах, подтверждаю.

_____	_____	_____
(дата)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) заявителя (законного представителя заявителя))

Заявление с приложением документов на _____ листах принято.

_____	_____	_____
(дата)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) специалиста, принявшего документы)

Приложение № 2
к Порядку организации зубного
протезирования участникам
специальной военной операции
в Чувашской Республике

(форма)

О Т К А З
от проведения зубного протезирования

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

_____, отказываюсь
от предложенного мне медицинского вмешательства с целью зубного протезирования за счет средств республиканского бюджета Чувашской Республики в автономном учреждении Чувашской Республики «Республиканская стоматологическая поликлиника» Министерства здравоохранения Чувашской Республики по причине _____.

Моим лечащим врачом мне были полностью разъяснены характер и цели предложенного медицинского вмешательства, а также все возможные альтернативы такому вмешательству.

Мне разъяснены возможные отрицательные последствия отказа от медицинского вмешательства (прекращения лечения, протезирования), и я полностью понимаю все возможные последствия такого отказа, исходящего от меня, если лечение не будет проведено.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с мой лечащим врачом все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и отказом от него. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы.

Мне в полном объеме разъяснены положения Порядка организации зубного протезирования участникам специальной военной операции в Чувашской Республике, утвержденного постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики.

Претензий к автономному учреждению Чувашской Республики «Республиканская стоматологическая поликлиника» Министерства здравоохранения Чувашской Республики не имею.

Мой отказ от медицинского вмешательства (лечения, протезирования) является свободным и добровольным, я не испытывал(а) какого-либо давления при принятии решения о нем.

(дата) (подпись) (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) заявителя)

(дата) (подпись) (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)
лечащего врача)