Приложение 1

к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

**Порядок**

**формирования тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС**

**в Чувашской Республике.**

Размеры тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, действующие на территории Чувашской Республики (далее – тарифы) утверждены приложениями к Тарифному соглашению 4-15, 17, 22, 23, 26 и рассчитываются в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.01.2023 № 31-2/И/2-1075 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.01.2023 № 00-10-26-2-06/749) (далее - Методические рекомендации по способам оплаты), приказом Минздрава России от 10 февраля 2023 г. № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (зарегистрировано в Минюсте России 04.05.2023 №73226) (далее – Требования).

**Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС, действующие на территории Чувашской Республики.**

1. **Тарифы на оплату амбулаторной медицинской помощи.**
2. Тарифы, рассчитанные экспертным методом определения затрат:

* Базовые тарифы на оплату гемодиализа и перитонеального диализа установлены в приложении 26 к Тарифному соглашению (далее - ТС);
* тарифы на оплату диагностических услуг, лабораторных исследований (приложения 8, 8.1, 10 к ТС);
* тарифы на оплату амбулаторной медицинской помощи по профилю "медицинская реабилитация" в рамках комплексного посещения (приложение 8.2 к ТС);
* тарифы на оплату амбулаторной медицинской помощи, сопровождающейся проведением цитогенетических и молекулярных исследований костного мозга и периферической крови при хроническом миелолейкозе (С92.1) вне медицинской организации (приложения 5 к ТС);
* тарифы на оплату амбулаторной медицинской помощи, сопровождающейся внутривенным введением генно-инженерных препаратов, полученных пациентами по федеральной, либо региональной льготе (приложения 5, 13 к ТС);
* тарифы на оплату комплексных услуг в Центрах здоровья (приложение 9 к ТС);
* тарифы на оплату медицинской офтальмологической помощи методами лазерной хирургии, тарифы на проведение хирургических вмешательств без применения лазера при оказании офтальмологической помощи (стоимость операции на 1 глаз) – (приложение 12 к ТС);
* тарифы на оплату комплексных посещений при проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации отдельных категорий населения, а также углубленной диспансеризации (приложение 11 к ТС).

**2.** Тарифы на оплату амбулаторной медицинской помощи, сформированные с использованием нормативов стоимости единицы объема медицинской помощи Территориальной программы ОМС, утверждаемых ежегодно Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в Чувашской Республике (далее – Программа) (приложения 5-7, 13, 13.1 к ТС) (кроме указанных в пункте 1 настоящего приложения). Тарифы рассчитываются отдельно для взрослого и детского населения.

* 1. **Стоимость одного посещения (включая стоимость посещения в неотложной форме)**  по i-й специальности(**Стпос*i***) рассчитывается по следующей формуле:

, где:

**БНфз**– базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями за исключением средств:

* на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;
* на оплату медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими здравпунктами / фельдшерско-акушерскими пунктами;
* на оплату амбулаторной медицинской помощи по подушевому финансированию;
* на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (флаги «ДИСП1», «ДИСП2», «ДТСР1», «ДТСР2», «ДТУ1», «ДТУ2», «ПМД1», «ПМД2», «П1011»), включая отдельные лабораторные и диагностические исследования в рамках второго этапа диспансеризации (приложение 8.1 к Тарифному соглашению), а также средств на оплату углубленной диспансеризации;
* на оплату диспансерного наблюдения, предусмотренного приказами МЗ ЧР от 15.03.2022 №168н и от 04.06.2020 №548н;
* на оплату отдельных медицинских услуг, предоставляемых при оказании амбулаторной медицинской помощи и оплачиваемых по отдельным тарифам с применением флагов: «ГЗ», «ГИЦ», «ГИМ», «ЛХ», «ЛТГА», «ЛТГЕЛ», «ЛТГЕМ», «ЛТНЕ», «ЛТРЕ», «ХВО», «ХВО1», «ЦЗ1», «ЦЗ2», «ЦЗ3», «ЦЗ4»;
* на оплату посещений школ сахарного диабета.

Для расчета стоимости посещений с профилактическими и иными целями **БНфз** составляет 384,09 рублей.

**БНфз**– базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи в неотложной форме за исключением средств:

* на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;
* на оплату медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими здравпунктами / фельдшерско-акушерскими пунктами.

Для расчета стоимости посещений в неотложной форме **БНфз** составляет 503,53 рубля.

**Кст*i***– относительный коэффициент стоимости 1 посещения по i-й специальности в соответствии с таблицей 1;

**Ксу** – коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг;

**ПК** – поправочный коэффициент (для расчета стоимости посещений с профилактическими и иными целями **ПК**= 0,986529874741513; в неотложной форме **ПК** = 0,992078413345607).

Коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг (**Ксу**) составляет:

III (клинический) уровень – 1,36;

II (межрайонный) уровень – 1,006 (средневзвешенный коэффициент):

подуровень 1 – 1,006;

подуровень 2 – 1,13;

I (муниципальный) уровень – 1,0;

**Ксу** берется в размере 1,0 для всех уровней:

-для посещений по стоматологической помощи;

- при оказании первичного доврачебного приема специалистами сестринского дела в ФАПах;

- для посещений по профилю «общая врачебная практика (семейная медицина)».

В одном посещении с профилактической целью - 4,0 число УЕТ

2.2. **Тарифы на оплату случаев оказания медицинской помощи в приемном/приемно-диагностическом отделении без последующей госпитализации** (**СтНПпрд*i***) по i-й специальности рассчитываются по следующей формуле:

, где:

**СтНП*i***- стоимость 1 посещения неотложной медицинской помощи, оказываемого в амбулаторных условиях по соответствующей i-й специальности соответствующего уровня (подуровня) оказания медицинской помощи (III (клинический) уровень, II (межрайонный) уровень (подуровень 1, подуровень 2), I (муниципальный) уровень).

2.3. **Стоимость одного обращения по поводу заболевания** по i-й специальности(**Стобр*i***) рассчитывается по следую­щей формуле:

, где:

**Стпос*i*-** стоимость одного посещения по i-й специальности;

**Кр*i* –** рекомендуемая кратность посещений по поводу заболевания в одном обращении по i-й специальности (таблица 2), составленная на основе действующих нормативных показателей и рекомендаций главных специалистов Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

2.4. **Стоимость 1 УЕТ** рассчитывается по следующей формуле:

для врачебных посещений:

, где:

**Стстом**- стоимость 1 посещения по стоматологической помощи в соответствии с Тарифным соглашением;

**Кует** – переводной коэффициент пересчета УЕТ в посещения в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения России (письмо Минздрава России от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_ «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 - 2026 годы», **Кует =4,0 УЕТ**).

**2.5. Тарифы на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан.**

Оплата **диспансерного наблюдения** отдельных категорий граждан осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) вне подушевого финансирования в соответствии с тарифами (приложение 13.1 к Тарифному соглашению), за исключением первого посещения в году, которое оплачивается в рамках профилактических осмотров, в том числе в рамках диспансеризации.

Тарифы на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан не включают расходы на проведение отдельных диагностических услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам в соответствии с приложением 8 к Тарифному соглашению.

**Стоимость одного законченного случая (разового посещения в рамках диспансерного наблюдения) в разрезе специальностей (СтДНЗраз*i*) дифференцируется по i-ым группам заболеваний (онкология, сахарный диабет, болезни системы кровообращения и прочая группа заболеваний, включающая в себя диагнозы, не вошедшие в вышеуказанные группы) и рассчитывается по следующей формуле:**

, где:

**Нфз*i*** – норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в рамках диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан по i-ой группе заболеваний (постановление Правительства РФ от \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов);

**Крсрвзвеш*i*** – средневзвешенная кратность разовых посещений в одном комплексном посещении по i-ой группе заболеваний, рассчитанная с учетом минимальной периодичности диспансерных приемов, установленных приказами Минздрава России и Минздрава Чувашии.

**Стоимость 1 УЕТ** рассчитывается по следующей формуле:

, где:

**СтДНЗразПР**- стоимость 1 разового посещения в рамках диспансерного наблюдения по прочей группе заболеваний;

**Кует** – переводной коэффициент пересчета УЕТ в посещения в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения России (письмо Минздрава России от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_ «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 - 2026 годы», **Кует =4,0 УЕТ**).

**3.Дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи.**

3.1. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторной медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо (приложение 17 к Тарифному соглашению) производится на основе размера базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на амбулаторную медицинскую помощь**,** финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования **(ПНБАЗ)**, с применением следующих коэффициентов дифференциации, установленных в приложении 19 к Тарифному соглашению:

**ДПiНмес = ПНБАЗ × КДiПВ × КДiУР × КДiЗП х КДiОТ × КДi × ПК/ 12**, где:

КДiПВ - коэффициент половозрастного состава для i- той медицинской организации;

КДiУР - коэффициент уровня расходов медицинской организации (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) для i- той медицинской организации;

КДiЗП - коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Чувашской Республике, определенный для i-той медицинской организации;

КДiОТ - коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-той медицинской организации;

КДi - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462). (по Чувашской Республике равно единице);

ПК - поправочный коэффициент.

3.2. Расчет половозрастных коэффициентов в разрезе половозрастных групп населения, учитывающих различия медицинских организаций в потреблении медицинской помощи, произведён в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за 10 месяцев 2023 года и данных о численности застрахованных лиц по состоянию на 01.01.2023 года.

**4. Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.**

Годовой размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (пункт 3.7. Тарифного соглашения), обслуживающих население численностью от 101 до 900 жителей, от 901 до 1500 жителей, от 1501 до 2000 жителей, соответствует финансовым нормативам, установленным Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в Чувашской Республике, и предусматривает объем финансовых средств для фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов на год при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению») (далее – требования к ФАП).

Годовой размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих население численностью до 100 жителей при условии их соответствия требованиям к ФАП рассчитывается исходя из установленного Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в Чувашской Республике норматива финансового обеспечения для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих население численностью от 101 до 900 жителей, с применением поправочного понижающего коэффициента 0,8.

Годовой размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих население численностью более 2000 жителей при условии их соответствия требованиям к ФАП рассчитывается исходя из установленного Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в Чувашской Республике норматива финансового обеспечения для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих население численностью от 1501 до 2000 жителей, с применением поправочного повышающего коэффициента 1,2.

Объем финансовых средств для фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов на месяц при условии их соответствия требованиям к ФАП (пункт 3.7. Тарифного соглашения) рассчитывается в размере 1/12 от годового размера финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

Финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, не соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н), осуществляется исходя из размеров финансового обеспечения, указанных в пункте 3.7. Тарифного соглашения, с применением коэффициента специфики оказания медицинской помощи равного 0,6.

Финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н), осуществляется исходя из размеров финансового обеспечения, указанных в пункте 3.7. Тарифного соглашения, с применением коэффициента специфики оказания медицинской помощи равного 1.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

1. **Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и дневного стационара.**

Тариф за законченный случай лечения заболевания в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, включенный в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний, рассчитывается на однородные группы случаев оказания медицинской помощи, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов, средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

Расчет тарифов на законченный случай лечения заболевания в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, включенный в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (далее – КСГ), производится с учетом средней стоимости законченного случая лечения заболеваний в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты.

При расчете размеров базовых ставок финансирования медицинской помощи в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара из общего объема средств, предназначенных для финансового обеспечения соответствующего объема медицинской помощи и рассчитанного в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты исключаются прогнозируемые объемы средств, рассчитанные на основании сведений за 10 месяцев 2023 года по следующим направлениям:

- случаев оказания медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в рамках межтерриториальных расчетов;

- случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования;

- случаев проведения диализа.

Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;

2. Коэффициент относительной затратоемкости;

3. Коэффициент дифференциации (при наличии);

4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;

5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;

6. Коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного законченного случая лечения в условиях круглосуточного или дневного стационаров по КСГ (далее – законченный случай лечения) (ССксг) (за исключением КСГ, в составе которых Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_, установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | базовая ставка, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный законченный случай лечения; | |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный законченный случай лечения (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ); | |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; | |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии  с Постановлением № 462 (по Чувашской Республике равно единице); | |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП). | |

\* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

Стоимость одного законченный случай лечения по КСГ, в составе которых Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_, установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный законченный случай лечения; |
|  | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленные Приложениями 20-21 к Тарифному соглашению, к которому применяется КД, КС и КУС); |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный законченный случай лечения (используется в расчетах, в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ); |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии  с Постановлением № 462 (по Чувашской Республике равно единице); |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП). |

\* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (по Чувашской Республике по равно единице)

1. **Тарифы на оплату скорой медицинской помощи.**

3. Расчет тарифов на основе подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи производится в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты.

Поскольку в перечень медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому принципу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, (приложение 3 к Тарифному соглашению) включена одна медицинская организация (БУ «Республиканский центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи» Минздрава Чувашии) размер среднемесячного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо (для общепрофильных бригад, бригад интенсивной терапии, специализированных бригад) соответствует размеру дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо (приложение 15 к Тарифному соглашению), сформированному на основе размера базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на скорую медицинскую помощь, оказываемую вне медицинской организации в Чувашской Республике, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (**ПНБАЗ**), с применением коэффициентов (приложение 15 к Тарифному соглашению) по следующей формуле:

**(ПНБАЗ × КДПВ × КДУР  × КДЗП × КД × ПК) / 12, где:**

КДПВ - коэффициент половозрастного состава, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

КДУР - коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации), рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

КДЗП - коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в Чувашской Республике;

ПК - поправочный коэффициент (ПК =1);

КД – коэффициент дифференциации (по Чувашской Республике равно единице).

Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения рассчитываются по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц по состоянию на 01.01.2023 года, и расходов на оплату скорой медицинской помощи в разрезе половозрастных групп по итогам 10 месяцев 2023 года.

Стоимость одного вызова бригады интенсивной терапии скорой медицинской помощи (**СтБИТ)** рассчитывается по следующей формуле:

**СтБИТ = СтЛИН х 104,3%, где:**

**СтЛИН-** стоимость одного вызова линейной бригады скорой медицинской помощи.

Стоимость одного вызова линейной бригады скорой медицинской помощи (**СтЛИН)** вычисляется по формуле:

**СтЛИН = СМППр / ( Выз ЛИН + 104,3% х Выз БИТ ), где:**

**СМППр -** затраты на оплату скорой медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, рассчитанные с учетом оплаты отдельных направлений скорой медицинской помощи;

**Выз ЛИН – число** вызовов скорой медицинской помощи, совершенных линейными бригадами;

**Выз БИТ – число** вызовов скорой медицинской помощи, совершенных бригадами интенсивной терапии скорой медицинской помощи.

Затраты на оплату скорой медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, рассчитанные с учетом оплаты отдельных направлений скорой медицинской помощи (**СМППр)** вычисляется по формуле:

**СМППр = СМПТП – СМПМТР – СМПОТД, где:**

**СМПТП** - затраты на оплату скорой медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, утвержденные Программой;

**СМПМТР -** затраты на оплату скорой медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, оказанной жителям Чувашской Республике за пределами Чувашской Республики, утвержденные Программой;

**СМПОТД –** затраты на оплату отдельных направлений скорой медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, утвержденные Программой.

Затраты на оплату отдельных направлений скорой медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС (**СМПОТД)** вычисляются следующим образом:

**СМПОТД = СМПЭ ОТД + СМПТ ОТД, где:**

**СМПЭОТД -** затраты на оплату вызовов выездных экстренных консультативных бригад скорой медицинской помощи БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в рамках Территориальной программы ОМС;

**СМПТОТД -** затраты на оплату вызовов скорой медицинской помощи, сопровождающихся проведением тромболитической терапии, в рамках Территориальной программы ОМС.

1. **Тарифы на оплату случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования.**

Нормативы финансовых затрат на единицу объема высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, устанавливаются в соответствии с постановлением Правительства Российской от \_\_\_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_ «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов».

Высокотехнологичная медицинская помощь оплачивается с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи:

1 группа – 35 %; 2 группа – 41 %; 3 группа – 17 %; 4 группа – 23 %; 5 группа – 32 %; 6 группа – 7 %; 7 группа – 52 %; 8 группа – 35 %; 9 группа – 50 %; 10 группа – 29 %; 11 группа – 26 %; 12 группа – 21 %; 13 группа – 18 %; 14 группа – 18 %; 15 группа – 39 %; 16 группа – 30 %; 17 группа – 23 %; 18 группа – 32 %; 19 группа – 28 %; 20 группа – 56 %; 21 группа – 38 %; 22 группа – 24 %; 23 группа – 39 %; 24 группа – 37 %; 25 группа – 36 %; 26 группа – 27 %; 27 группа – 21 %; 28 группа – 46 %; 29 группа – 37 %; 30 группа – 36 %; 31 группа – 26 %; 32 группа – 40 %; 33 группа – 23 %; 34 группа – 35 %; 35 группа – 23 %; 36 группа – 20 %; 37 группа – 32 %; 38 группа – 37 %; 39 группа – 57 %; 40 группа – 51 %; 41 группа – 45 %; 42 группа – 56 %; 43 группа – 47 %; 44 группа – 35 %; 45 группа – 20 %; 46 группа – 18 %; 47 группа – 15 %; 48 группа – 11 %; 49 группа – 10 %; 50 группа – 9 %; 51 группа – 18 %; 52 группа – 16 %; 53 группа – 39 %; 54 группа – 18 %; 55 группа – 53 %; 56 группа – 20 %; 57 группа – 19 %; 58 группа – 16 %; 59 группа – 26 %; 60 группа – 34 %; 61 группа – 24 %; 62 группа – 46 %; 63 группа – 9 %; 64 группа – 30 %; 65 группа – 33 %; 66 группа – 21 %; 67 группа – 28 %; 68 группа – 33 %; 69 группа – 18 %; 70 группа – 33 %.