**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

**на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Республике Марий Эл на 2022 год**

г. Йошкар-Ола «30» декабря 2021 г.

## Раздел I. Общие положения

1. Настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Республике Марий Эл
на 2022 год (далее - Тарифное соглашение) заключено между **Министерством здравоохранения Республики Марий Эл**, в лице министра Паньковой Марины Викторовны, действующей на основании Положения
о Министерстве здравоохранения Республики Марий Эл, утвержденногопостановлением Правительства Республики Марий Эл от 17 апреля 2019 г. № 111, **территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл,** в лице директора Груздевой Татьяны Константиновны, действующей на основании Положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл, утвержденного постановлением Правительства Республики Марий Эл
от 28 марта 2011 г. № 86, **Страховой медицинской организацией Акционерное общество «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»,** в лицедиректора Марийского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Поповой Светланы Сергеевны, действующей на основании Устава, доверенности от 1 августа 2021 г. № Д-455/2021, лицензии ОС № 3230-01 от 28 февраля 2019 г., выданной Центральным банком Российской Федерации, **Марийской республиканской организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации,** в лице председателя Скидан Ирины Валерьевны, действующей на основании Устава и **Региональной общественной организацией «Ассоциация врачей Республики Марий Эл»,** в лице исполнительного директора Охотникова Михаила Александровича, действующего на основании Устава, (вместе именуемые - Стороны) в соответствии с решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Марий Эл от 30 декабря 2021 г., протокол № 14.

2. Тарифное соглашение заключено в соответствии с:

- Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ
«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ);

- Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ);

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 г. № 2505 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;

- постановлением Правительства Республики Марий Эл от 24 декабря 2021 г. № 570 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Марий Эл на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее - территориальная программа государственных гарантий);

- Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 №108н (далее - Правила обязательного медицинского страхования);

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 29.12.2020 № 1397н «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (зарегистрировано в Министерстве юстиции российской Федерации 31.12.2020, рег. № 62007) (далее – Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения);

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 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» (далее – приказ Минздрава России от 19.03.2021 № 231н);

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации
«О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;

- Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Методические рекомендации).

3. Основные понятия и термины, используемые в настоящем Тарифном соглашении:

**Базовая программа обязательного медицинского страхования** - составная часть Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 г. № 2505.

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

**Базовый (средний)** **подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях -**средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи
и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий,
с учетом других параметров, предусмотренных Методическими рекомендациями.

**Базовый (средний)** **подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации -**средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных Методическими рекомендациями.

**Клинико-профильная группа (КПГ) -**группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи.

**Клинико-статистическая группа заболеваний** (далее также – КСГ, группа заболеваний, состояний) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

**Койко-день**- один день пребывания пациента в стационаре.

**Коэффициент относительной затратоёмкости** – устанавливаемый Методическими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение
стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

**Коэффициент подуровня медицинской организации -** устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленный объективными причинами.

**Коэффициент сложности лечения пациентов -**устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

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

**Коэффициент уровня медицинской организации** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

1) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации первого уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) (за исключением медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами);

2) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации второго уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, а также указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

3) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации третьего уровня (структурном подразделении) применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями (структурными подразделениями), оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь.

**МНН лекарственного препарата** - международное непатентованное наименование лекарственного препарата.

**Обращение по поводу заболевания (законченный случай)**- законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее двух.

**Оплата медицинской помощи за услугу -**составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящими рекомендациями.

**Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ) -**оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости и поправочных коэффициентов.

**Пациенто-день** - один день пребывания пациента в условиях дневных стационаров всех типов (далее - в условиях дневного стационара).

**Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний -**группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых Тарифным соглашением, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом правил выделения и применения подгрупп, установленных Методическими рекомендациями.

**Поправочные коэффициенты**- устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов.

**Сверхбазовая программа обязательного медицинского страхования**- программа, включающая в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования виды медицинской помощи, в рамках которой застрахованным лицам оказываются:

первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, и специализированная медицинская помощь при заболеваниях, передаваемых половым путем, в соответствии с перечнем, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл;

скорая медицинская помощь при психических расстройствах
и расстройствах поведения вне медицинских организаций;

медицинская помощь, оказываемая медицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами;

паллиативная медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, в том числе на дому, за исключением паллиативной медицинской помощи, оказываемой выездными патронажными службами на дому;

дополнительный объем страхового обеспечения при проведении диализа в амбулаторных условиях на возмещение стоимости проезда пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методом заместительной почечной терапии и обратно.

**Случай госпитализации -**случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

**Способ оплаты медицинской помощи** - установленный базовой программой обязательного медицинского страхования и территориальной программой обязательного медицинского страхования способ финансирования медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом № 323-ФЗ.

[**Территориальная программа обязательного медицинского страхования**](#sub_309) - составная часть Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике
Марий Эл на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Республики Марий Эл от 24 декабря 2021 г. № 570.

**Условная единица трудоемкости (УЕТ)** - норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (I класс по Блэку). За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимаются 10 минут.

**ФАП** – фельдшерско-акушерский пункт.

4. Предметом Тарифного соглашения является порядок формирования и изменения тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Республике Марий Эл, за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии
с установленными на территории Республики Марий Эл способами оплаты медицинской помощи, а также перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)
и коэффициентов для определения размера неполной оплаты медицинской помощи и / или штрафа.

5. Тарифное соглашение применяется при оплате медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования.

6. Тарифное соглашение распространяется на субъектов и участников обязательного медицинского страхования (в том числе на страховые медицинские организации, включенные в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл в 2022 году и на медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл в 2022 году и которым решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Марий Эл установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования) и является обязательным для исполнения.

7. Медицинская организация оказывает медицинскую помощь
в соответствии с заявленными в Уведомлении об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования на 2022 год видами и условиями оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и на основании перечня работ и услуг, определенных лицензией на право осуществления медицинской деятельности.

## Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи

## Глава 1. Способы оплаты медицинской помощи,

## оказанной в амбулаторных условиях

8. На территории Республики Марий Эл применяются следующие способы оплаты, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования и Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) - с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (не применяется при реализации сверхбазовой программы ОМС);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу используется при оплате отдельных диагносических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии).

Тарифным соглашением вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих (могут осуществляться медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями) и межтерриториальных (осуществляются территориальным фондом обязательного медицинского страхования) расчетах, в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения.

9. В соответствии со сверхбазовой программой обязательного медицинского страхования оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

10. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь
в амбулаторных условиях, устанавливается в приложении № 1 к Тарифному соглашению.

Данный Перечень дифференцирует медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций):

- на оказывающие медицинскую помощь в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования;

- по уровням медицинских организаций.

11. При определении коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации учитываются:

- уровень и структура заболеваемости обслуживаемого населения;

- достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Республике Марий Эл.

Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации не применяется при оплате в амбулаторных условиях:

- медицинской помощи, оказываемой в рамках сверхбазовой программы;

- стоматологической помощи, в том числе посещений
в неотложной форме;

- обращений по поводу отдельных заболеваний (в том числе
с применением медицинских технологий), особенности оказания которых установлены приказами Министерства здравоохранения Республики
Марий Эл;

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного материала) с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) (приложение № 2 к Тарифному соглашению);

- медицинских услуг, оказываемыхв амбулаторных условиях (приложение № 3 к Тарифному соглашению).

## § 1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай))

12. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает:

- расходы на оплату медицинской помощи, организованной по территориально-участковому принципу, оказываемой в плановой форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (далее - углубленная диспансеризация)), профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами;

- расходы на финансовое обеспечение проведения диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития.

- средства на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

13. В подушевой норматив не включаются:

- расходы на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- расходы на финансовое обеспечение ФАПов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий размерами, указанными в приложении № 4 к Тарифному соглашению;

- расходы на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного материала) с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР)) в соответствии с перечнем, установленным в приложении № 2 к Тарифному соглашению);

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходы на оплату гемодиализа в амбулаторных условиях;

- расходы на оплату стоматологической помощи;

- расходы на оплату медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях в соответствии с приложением № 3 к Тарифному соглашению;

- расходы на оплату первичной специализированной медицинской помощи;

- расходы на оплату медицинской помощи, оказанной врачами консультативных поликлиник;

- расходы на оплату медицинской помощи, оказанной специалистами выездных поликлиник (кабинетов), в том числе мобильными бригадами.

14. В подушевой норматив не включаются расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования.

15. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала.

16. При оплате первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, определяется как произведение дифференцированного подушевого норматива и численности застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации.

17. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках I этапа диспансеризации, включенных в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, осуществляется с учетом следующих показателей результативности деятельности медицинской организации (показатели выполнения объемов медицинской помощи):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель результативности деятельности медицинской организации | Единица измерения | Целевое значение | Размер средств на осуществление стимулирующих выплат |
| выполнение объемов профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации | комплексное посещение | ≥ 100 % | 20 % от размера средств, направляемых на финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации |
| 81-99 % | 10 % от размера средств, направляемых на финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации |
| ≤ 80 % | не выплачиваются |

Оплата II этапа диспансеризации, включенного в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, осуществляется с учетом следующих показателей результативности деятельности медицинской организации (показатели выполнения объемов медицинской помощи):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель результативности деятельности медицинской организации | Единица измерения | Целевое значение | Размер средств на осуществление стимулирующих выплат |
| выполнение объемов II этапа диспансеризации | случай | ≥ 25 % от I этапа диспансеризации | 20 % от размера средств, направляемых на финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации |
| ≤ 24 % от I этапа диспансеризации | не выплачиваются |

Оценка медицинских организаций с целью осуществления выплат стимулирующего характера осуществляется ежемесячно в месяце, следующем за отчетным, и нарастающим итогом за год. При этом размер финансового обеспечения медицинской организации в части профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включенных в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, уменьшается на долю средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности. Доля средств составляет 20 % от размера средств, направляемых на финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включенных в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц i-ой медицинской организации.

Размер средств, направляемых в 2022 году на финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включенных в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, в разрезе медицинских организаций устанавливается приложением № 12 к Тарифному соглашению (таблица 2).

При этом размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, определяется по следующей формуле:

$ ОС\_{ПН}=ФДП\_{Н}^{i}×Ч\_{З}^{i}-Д\_{РД}+ОС\_{РД}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ОСПН | финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей; |
| ДРД | доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности (20 % от размера средств, направляемых на финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации); |
| ОСРД | размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей; |
| base_1_217556_74 | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей; |
| $$Ч\_{З}^{i}$$ | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек |

18. При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

19. Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, устанавливается на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на первое число первого месяца расчетного периода в соответствии с данными, полученными в рамках исполнения Соглашения об информационном обмене сведениями о гражданах, выбравших медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в Республике
Марий Эл от 18.03.2016 № 6/88, заключенного между Министерством здравоохранения Республики Марий Эл и территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл.

20. Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, в части расходов, не включенных
в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

## § 2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)

21. Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций,
не имеющих прикрепившихся лиц, а также в части расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

22. Тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций Республики Марий Эл, включенных в один уровень медицинских организаций и предусматривает расходы с учетом статей затрат, установленных структурой тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, установленной Федеральным законом № 326-ФЗ, в том числе на проведение лабораторных и диагностических исследований, за исключением отдельных диагностических (лабораторных) исследований и медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях, тарифы на которые установлены в приложениях № 2 и 3 к Тарифному соглашению.

23. При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) размер финансового обеспечения медицинской организации складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи.

24. Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях,
и подлежащая оплате за единицу объема медицинской помощи, включает в себя:

1) **посещения с профилактической и иными целями,** в том числе к медицинским работникам, имеющим среднее медицинское образование, ведущим самостоятельный прием, перечень которых определяется приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл:

а) в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:

- комплексные посещения, комплексные посещения и исследования при проведении I этапа углубленной диспансеризации и исследования при проведении II этапа углубленной диспансеризации;

- посещения центров здоровья;

- разовые посещения в связи с заболеванием в том числе:

за посещения в виде консультативных приемов в амбулаторных условиях, а также консультаций пациентов, находящихся на стационарном лечении **в другой медицинской организации** (в случае отсутствия таких специалистов в штатном расписании стационарного учреждения) врачами консультативных поликлиник. Перечень медицинских организаций, оказывающих консультативно-диагностическую помощь, утверждается приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл;

за разовые посещения с лечебно-диагностической целью, в том числе за посещения, связанные с направлением на консультацию, госпитализацию в плановой форме в стационар и дневной стационар;

- посещения в связи с выдачей справок и иных медицинских документов и другими причинами.

б) в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования при заболеваниях, передаваемых половым путем:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан;

- разовые посещения в связи с заболеванием;

- посещения в связи с выдачей справок и иных медицинских документов и другими причинами;

2) **посещения в неотложной форме** в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе к врачу приемного покоя (дежурному врачу) без последующей госпитализации, а также к медицинским работникам, имеющим среднее медицинское образование, ведущим самостоятельный прием, перечень которых определяется приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл;

3) **обращения по поводу заболевания (законченный случай)** в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе при оказании медицинской помощи медицинскими работниками, имеющими среднее медицинское образование, ведущими самостоятельный прием, перечень которых определяется приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл;

4) **отдельные диагностические (лабораторные) исследования** в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, порядок предоставления которых устанавливается приказами Министерства здравоохранения Республики Марий Эл:

- компьютерная томография, в том числе с контрастированием;

- магнитно-резонансная томография, в том числе с контрастированием;

- ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы;

- эндоскопические диагностические исследования;

- молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного материала) с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в амбулаторных условиях в случаях:

наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки результатов проводимого лечения;

положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

Перечень организаций, уполномоченных на экспресс-тестирование, устанавливается приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл;

5) **медицинские услуги,** оказываемые:

а) в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, порядок предоставления которых устанавливается приказами Министерства здравоохранения Республики Марий Эл:

- коронароангиография;

- рентгеновская остеоденситометрия аксиальная;

- патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала (прижизненные) 1 и 2 категорий сложности;

- определение ДНК и типа вируса папилломы человека (Papilloma virus) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом ПЦР (ВПЧ-тест);

- жидкостная цитология при заболеваниях шейки матки;

- УЗИ экспертного уровня диагностики беременных 1 и 2 триместра в кабинете антенатальной охраны плода;

- тест тромбодинамики;

- услуги диализа.

б) в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования дополнительный объем страхового обеспечения при проведении диализа в амбулаторных условиях на возмещение стоимости проезда пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методом заместительной почечной терапии и обратно;

6) **стоматологическую помощь** в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе оказываемую специалистами выездных поликлиник, выездных стоматологических кабинетов, оплачиваемую за посещение и обращение (законченный случай), в том числе при оказании стоматологической помощи во время нахождения пациента на стационарном лечении.

При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи по посещениям и обращениям (законченным случаям) учитываются условные единицы трудоемкости (УЕТ).

При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

Для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях применяется среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге согласно приложению к Методическим рекомендациям, на основании которого приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл утверждается Республиканский классификатор медицинских услуг по оказанию стоматологической помощи.

Рекомендуемое среднее число УЕТ на 1 посещение составляет 4,2, при этом должен быть соблюден принцип максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение.

При оказании стоматологической помощи в неотложной форме дополнительно оплачиваются посещения к специалистам стоматологических поликлиник, за исключением медицинской помощи, оказанной специалистами выездных стоматологических кабинетов.

25. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги гемодиализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу гемодиализа.

В целях учета объемов медицинской помощи лечение в течение одного месяца учитывается как одно обращение.

При проведении гемодиализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

Порядок оказания медицинской помощи пациентам, страдающим хронической почечной недостаточностью и получающим специализированную медицинскую помощь методами заместительной почечной терапии (гемодиализ), устанавливается приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл.

26. Оплата паллиативной медицинской помощи, оказанной
в амбулаторных условиях (в том числе на дому при вызове медицинского работника), в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется за посещение в связи с оказанием паллиативной медицинской помощи, в том числе к медицинским работникам, имеющим среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием.

Порядок оказания паллиативной медицинской помощи и перечень медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, устанавливается приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл.

27. Медицинские организации для оплаты медицинской помощи ведут раздельный учет посещений с профилактической целью, посещений с иными целями, посещений в связи с оказанием неотложной медицинской помощи, обращений по поводу заболеваний (законченный случай), в том числе к медицинским работникам, имеющим среднее медицинское образование, ведущим самостоятельный прием.

## Глава 2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях стационара

28. В соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), осуществляется:

* за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);
* за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, определенным Примерным перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний) с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, утвержденным Правительством Российской Федерации.

29. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в
условиях стационара, устанавливается в приложении № 5 к Тарифному соглашению.

Данный Перечень дифференцирует медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций) по уровням (подуровням) медицинских организаций и на оказывающих медицинскую помощь в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования.

## § 1. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях стационара за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ)

30. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях стационара
в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного
в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ) с учетом уровня медицинской организации в условиях стационара.

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях стационара
в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КПГ с учетом уровня медицинской организации в условиях стационара.

31. Коэффициент относительной затратоёмкости в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования определен для каждой КСГ и КПГ в приложении № 3 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 г. № 2505 и не может быть изменен при установлении тарифов.

32. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи применяется к КСГ или КПГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций.

33. Коэффициент уровня медицинской организации устанавливается в разрезе трех уровней медицинских организаций дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций в соответствии с действующим законодательством.

Коэффициент уровня медицинской организации отражает разницу в затратах медицинских организаций на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований в медицинских организациях разного уровня, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

Исключение составляют КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющих высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающих в большинстве случаев одинаковое применение методов диагностики и лечения на различных уровнях оказания помощи.

Перечень КСГ стационара, к которым не применяется коэффициент уровня, установлен в приложении № 6 к Тарифному соглашению.

34. День приема и день выписки пациента из стационара считается одним койко-днем.

35. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

2) случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

3) случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);

4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5) случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения;

6) случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;

7) случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

8) законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в приложении № 7 к Тарифному соглашению.

К прерванным могут относиться случаи лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в том числе, в случае перевода пациента на долечивание в другую медицинскую организацию.

36. Особенности оформления счетов на оплату случаев лечения заболеваний в случаях выписки (перевода) пациента в другую медицинскую организацию, в другое профильное отделение или изменения условий оказания медицинской помощи в пределах одной медицинской организации:

1) в случае выписки (перевода) пациента из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию оплате подлежит каждый случай лечения заболевания в стационаре по стоимости соответствующих КСГ, с учетом правил, установленных для оплаты прерванных случаев. При этом дата выписки (перевода) из одной медицинской организации может совпадать с датой поступления в другую медицинскую организацию;

2) в случае перевода пациента в пределах одной медицинской организации в условиях стационара в другое профильное отделение, по поводу одного основного заболевания (состояния), входящего в один класс МКБ-10 (включая лечение осложнений или сопутствующих заболеваний), оплате подлежит один случай лечения заболевания по стоимости соответствующей КСГ, с учетом правил, установленных для оплаты прерванных случаев;

3) в случае перевода пациента в пределах одной медицинской организации в условиях стационара в другое профильное отделение, по поводу нового основного заболевания (состояния), входящего в другой класс МКБ-10 (в т.ч. при переходе сопутствующего заболевания по первому случаю в другое основное заболевание), оплате подлежит каждый случай лечения заболевания в стационаре в профильных отделениях по стоимости соответствующих КСГ, с учетом правил, установленных для оплаты прерванных случаев. При этом дата перевода из одного профильного отделения может совпадать с датой начала лечения в другом профильном отделении;

4) в случае изменения условий оказания медицинской помощи
**в пределах одной медицинской организации** при выписке (переводе) пациента из стационара в дневной стационар при стационаре или при поликлиническом подразделении, в стационар на дому, выписке (переводе) пациента из дневного стационара при стационаре или при поликлиническом подразделении в стационар, оплате подлежит каждый случай лечения заболевания в стационаре и/или в дневном стационаре по стоимости соответствующих КСГ, с учетом правил, установленных для оплаты прерванных случаев. При этом дата перевода может совпадать с датой начала лечения в стационаре и/или в дневном стационаре.

5) в случае перевода пациента с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в другую медицинскую организацию оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)» медицинским организациям в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл.

37. Лечение по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Порядок оказания медицинской реабилитации устанавливается приказами Министерства здравоохранения Республики Марий Эл.

38. Лечение по профилю «Гериатрия» осуществляется в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Гериатрия».

39. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим в условиях стационара услуги гемодиализа, оплата производится за соответствующую услугу гемодиализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации. Порядок оказания услуг гемодиализа устанавливается приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл.

40. В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды.

## § 2. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи,

**оказанной в условиях стационара**

41. Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказывается
в соответствии с разделом I перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи приложения № 6 к территориальной программе государственных гарантий.

42. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

43. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь с применением методов, используемых при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, утверждается приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл.

44. Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), выполняемых медицинскими организациями на территории Республики Марий Эл, содержащий, в том числе код и наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи, коды диагнозов по МКБ-10, модель пациента, код и наименование модели пациента, код и наименование метода лечения, код законченного случая ВМП в соответствии с Республиканским классификатором медицинских услуг, устанавливается в приложении № 8 к Тарифному соглашению.

45. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при полном соответствии **кода МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения** аналогичным параметрам, установленным в Перечне, указанном в приложении № 8 к Тарифному соглашению.

В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, указанному в приложении № 8 к Тарифному соглашению, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

46. При оказании высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи в случае выписки (перевода) пациента из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию или перевода в пределах одной медицинской организации в другое отделение, независимо от условий оказания медицинской помощи, оплате подлежит каждый случай лечения заболевания, при этом при оказании специализированной медицинской помощи – в размере 100% от стоимости соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

47. При оказании высокотехнологичной медицинской помощи пациентам, получающим в условиях стационара услуги гемодиализа, оплата производится за соответствующую услугу гемодиализа только в сочетании со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Порядок оказания услуг гемодиализа устанавливается приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл.

## Глава 3. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

48. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется по общим правилам § 1 главы 2 настоящего Тарифного соглашения с особенностями, установленными настоящей главой:

* за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);
* за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, определенным Примерным перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний) с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, утвержденным Правительством Российской Федерации.

49. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, по уровням (подуровням) медицинских организаций устанавливается в приложении № 9 к Тарифному соглашению.

Оплата медицинской помощи по профилям «Детская онкология» и «Онкология» осуществляется вне зависимости от уровня (подуровня) медицинских организаций (коэффициент уровня(подуровня) – 1).

50. Коэффициент относительной затратоёмкости определен для каждой КСГ на федеральном уровне и не может быть изменен при установлении тарифов.

51. Перечень КСГ в условиях дневного стационара,
в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги, представлен в приложении 30 к Тарифному соглашению.

52. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность лечения составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в приложении № 7 к Тарифному соглашению.

53. День поступления и день выписки считаются за два пациенто-дня.

54. Лечение по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Порядок оказания медицинской реабилитации устанавливается приказами Министерства здравоохранения Республики Марий Эл.

## Глава 4. Способы оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

55. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту выхова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорой (специализированной) медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов.

Оплата скорой медицинской помощи с применением тромболизиса осуществляется за выполненный вызов скорой медицинской помощи.

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется за вызов скорой медицинской помощи.

56. В рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования оплата скорой медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, а также медицинской помощи, оказываемой медицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами осуществляется за вызов скорой медицинской помощи.

57. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь, представлен в приложении № 10 к Тарифному соглашению.

Данный Перечень дифференцирует медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций):

- на оказывающие медицинскую помощь с оплатой по подушевому нормативу финансирования и с оплатой за вызов;

- на оказывающие медицинскую помощь в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования.

58. В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

## Раздел III. Тарифы на оплату медицинской помощи

## Глава 5. Порядок формирования тарифов на оплату медицинской помощи

59. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются
в соответствии с методикой, установленной Правилами обязательного медицинского страхования, на основе стандартов медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и являются едиными для медицинских организаций независимо от организационно-правовой формы, оказавших медицинскую помощь при конкретном заболевании или состоянии в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации, устанавливаемые настоящим Тарифным соглашением, являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории Республики Марий Эл, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Тарифы за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, для группы (подгруппы) медицинских организаций определяются исходя из устанавливаемых Тарифным соглашением единых для всех медицинских организаций, включенных в один уровень медицинских организаций, базовых нормативов финансовых затрат.

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)), профилактические мероприятия, включая диспансеризацию, вызов скорой медицинской помощи, применяются в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Республики Марий Эл, лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

60. В тариф на оплату медицинской помощи включено финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам, медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Размеры денежных выплат стимулирующего характера и порядок их осуществления определяются приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл и локальным нормативным актом медицинской организации, принятым с учетом мотивированного мнения представительного органа работников.

61. Расчет тарифов производится с учетом объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в пределах средств, предусмотренных на эти цели Законом Республики Марий Эл от 3 декабря 2021 г. № 57-З «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов».

62. Тарифы на оплату медицинской помощи в течение календарного месяца изменению не подлежат.

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

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи приведены без учета районных коэффициентов и других особенностей субъектов Российской Федерации, в которых расположены медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь, и включают в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств.

64. Медицинские организации обязаны использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

**Расходы медицинских организаций на выплату заработной платы и начислений на оплату труда являются первоочередными.**

## Глава 6. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

65. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи
и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет **5 234,45 рублей,** в том числе рамках базовой программы обязательного медицинского страхования **– 5 215,2 рублей,** в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования – **19,25 рублей**.

66. **Базовый (средний) подушевой норматив** составляет **1 238,93 рублей** на одно застрахованное лицов год. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования составляет 0,2376.

Коэффициенты уровней медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях с оплатой по подушевому нормативу финансирования, представлены в приложении № 11 к Тарифному соглашению.

67. Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива рассчитан исходя из следующих половозрастных групп:

0-1 год мужчины – 4,4351;

0-1 год женщины – 4,2371;

1-4 года мужчины – 3,4210;

1-4 года женщины – 3,3008;

5-17 лет мужчины – 1,7792;

5-17 лет женщины – 1,7992;

18-64 года мужчины – 0,4653;

18-64 года женщины – 0,7040;

65 лет и старше мужчины – 1,6;

65 лет и старше женщины – 1,6.

68. К подушевому нормативу финансирования 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 применяются коэффициенты дифференциации в размере:

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек - 1,113;

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек - 1,04.

Перечень медицинских организаций, для которых применяется коэффициент дифференциации, установлен в приложении № 12 к Тарифному соглашению (таблица 1).

69. Размер финансового обеспечения ФАПов при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», составляет на год:

69.1. ФАП, обслуживающий от 100 до 900 жителей, - 1 087,7 тыс. рублей;

69.2. ФАП, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, - 1 723,1 тыс. рублей;

69.3. ФАП, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, - 1 934,9 тыс. рублей.

Норматив финансовых затрат для ФАПа, обслуживающего менее 100 жителей, устанавливается с учетом коэффициента 0,95 к размеру финансового обеспечения, указанному в подпункте 69.1.

Норматив финансовых затрат для ФАПа, обслуживающего свыше 2000 жителей, устанавливается с учетом коэффициента 1,05 к размеру финансового обеспечения, указанному в подпункте 69.3.

При расчете размера финансирования ФАПа применяются следующие поправочные коэффициенты:

- в случае неукомплектованности ФАПа медицинскими работниками – 0,25;

- в случае укомплектованности штатных должностей медицинских работников ФАПа внешними совместителями – 0,75;

- в случае несоответствия штатного расписания ФАПа штатным нормативам, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н
«Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» – 0,9.

Перечень медицинских организаций, имеющих в своем составе ФАПы, устанавливается в приложении № 4 к Тарифному соглашению.

70. Тарифы при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Республики Марий Эл:

1) за законченный случай (комплексное посещение) в связи
с проведением первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения при условии выполнения не менее 85% от объема первого этапа диспансеризации, включая обязательные мероприятия и исследования, а также за осмотр (консультацию), исследование, иное медицинское мероприятие в связи с проведением II этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации, установлены в приложении № 13 к Тарифному соглашению;

2) за законченный случай (комплексное посещение) в связи
с проведением диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации, установлены в приложение № 14 к Тарифному соглашению;

3) за законченный случай (комплексное посещение) в связи
с проведением диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации, установлены в приложении № 14 к Тарифному соглашению;

4) за законченный случай (комплексное посещение) в связи
с проведением профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации, установлены в приложении № 15 к Тарифному соглашению;

5) за законченный случай (комплексное посещение) при проведении профилактического медицинского осмотра взрослого населения, при условии выполнения не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра, включая обязательные мероприятия, согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации, установлены в приложении № 16 к Тарифному соглашению;

6) за посещение центра здоровья установлены в приложении № 17 к Тарифному соглашению.

71. Тарифы за законченный случай в связи с проведением углубленной диспансеризации установлены в приложении № 13 к Тарифному соглашению.

72. При проведении профилактического медицинского осмотра
и первого этапа диспансеризации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» в субботу, при условии проведения их в течение одного дня, к тарифам применяется коэффициент 1,2.

При проведении профилактических осмотров и диспансеризации мобильными медицинскими бригадами применяется коэффициент 1,2.

Средний норматив финансовых затрат на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров составляет 2 015,9 рубля, на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний - 2 492,5 рублей (на проведение углубленной диспансеризации 1 017,5 рублей).

73. Средний норматив финансовых затрат на 1 посещение с иными целями составляет 329,0 рублей.

Оплата посещений **с иными целями** осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 17 к Тарифному соглашению.

74. Средний норматив финансовых затрат на 1 посещение в неотложной форме составляет 713,7 рублей.

Оплата посещений **в неотложной форме** осуществляется
по тарифам, установленным в приложении № 17 к Тарифному соглашению.

75. Средний норматив финансовых затрат на 1 обращение по поводу заболевания составляет 1 599,8 рублей.

Оплата **за обращение по поводу заболевания** (законченный случай) осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 17 к Тарифному соглашению.

Оплата за обращения по поводу отдельных заболеваний (в том числе
с применением медицинских технологий), особенности оказания которых установлены приказами Министерства здравоохранения Республики
Марий Эл, осуществляется в соответствии с приложением № 18 к Тарифному соглашению

76. Средний норматив финансовых затрат на 1 обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» составляет 18 438,4 рублей.

77. Средние нормативы финансовых затрат на проведение одного исследования составляют по:

компьютерной томографии – 2 542,0 рубля;

магнитно-резонансной томографии – 3 575,0 рубля;

ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 492,1 рубля;

эндоскопического диагностического исследования – 923,3 рубля;

молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 8 174,2 рубля;

патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 021,3 рубля;

тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) – 600,5 рубля.

Оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного материала) с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР)) осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 2 к Тарифному соглашению.

78. Тарифы для молекулярно-генетических исследований устанавливаются дифференцированно в зависимости от вида опухоли и необходимого количества применяемых тестов.

79. Тарифы на патологоанатомические исследования биопсийного (операционного материала) устанавливаются исходя из средневзвешенной стоимости одного случая прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала, дифференцируются с учетом категории сложности прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала и средневзвешенной стоимости патолого-анатомического исследования одного тканевого образца без применения дополнительных окрасок (постановок реакций, определений) и средневзвешенной стоимости одной дополнительной окраски (постановки реакции, определения).

80. Оплата амбулаторной помощи **за медицинские услуги,** в том числе, оказываемые в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 3 к Тарифному соглашению.

81. Базовый тариф на оплату услуги **гемодиализа** составляет **5 260,19 рублей,** за услуги **перитониального диализа** составляет **3 793,51 рублей.**

При оплате других услуг гемодиализа с учетом применения различных методов к базовому тарифу применяются коэффициенты относительной затратоёмкости, представленные в приложении № 19 к Тарифному соглашению.

Дополнительный объем страхового обеспечения при проведении гемодиализа в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования составляет **180,33** **рублей** за медицинскую услугу.

82. Оплата **стоматологической помощи** производится по тарифам,
согласно приложению № 17 к Тарифному соглашению. Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, установлено приложением № 20 к Тарифному соглашению.

## Глава 7. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара

## § 1. Тарифы на оплату медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ)

83. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет **5 738,97 рублей**, в том числе рамках базовой программы обязательного медицинского страхования **– 5 736,01 рублей,** в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования – **2,96 рублей**.

84. Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ или КПГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

а) размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (базовая ставка);

б) коэффициент относительной затратоемкости;

в) поправочные коэффициенты:

1) коэффициент специфики;

2) коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;

3) коэффициент сложности лечения пациента.

85. Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) составляет:

- в рамках базовой программы обязательного медицинского
страхования – **24 564,42 рублей** (коэффициент приведения - 0,65);

- в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования – **30 328,42 рублей**;

86. Перечень КСГ (КПГ), соответствующих им коэффициентов относительной затратоёмкости (в том числе КСГ, в составе которых с учетом дополнительных критериев выделены подгруппы), коэффициентов специфики и тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой
в условиях стационара, без учета коэффициентов уровня и сложности лечения пациента установлены в приложении № 21 к Тарифному соглашению.

Критерии отнесения к выделенным подгруппам КСГ в условиях стационара установлены в приложении № 22 к Тарифному соглашению.

87. Коэффициенты уровней медицинских организаций в стационарных условиях установлены в приложении № 5 к Тарифному соглашению.

88. Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) применяется в следующих случаях:

- проведение сочетанных хирургических вмешательств;

- проведение однотипных операций на парных органах.

Размеры КСЛП установлены в приложении № 23 к Тарифному соглашению.

Перечень сочетанных хирургических вмешательств, при проведении которых устанавливается КСЛП, представлен в Приложении № 24
к Тарифному соглашению.

Перечень однотипных операций на парных органах/частях тела, при проведении которых устанавливается КСЛП, представлен в приложении
№ 25 к Тарифному соглашению.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких оснований для применения не может превышать 1,8.

89. Тарифным соглашением устанавливаются следующие особенности оплаты счетов за прерванные случаи оказания медицинской помощи в условиях стационара:

1) если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

* при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ или КПГ;
* при длительности лечения более 3-х дней –100% от стоимости КСГ или КПГ.

2) если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

* при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ или КПГ;
* при длительности лечения более 3-х дней – 70% от стоимости КСГ или КПГ.

3) в случае, если при проведении лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях фактическое количество дней введения лекарственных препаратов меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, случай оплачивается:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 70% от стоимости КСГ.

4) при проведении лучевой терапии, лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, случай оплачивается:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 70% от стоимости КСГ.

5) при лечении пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) случай оплачивается в размере:

- при длительности пребывания в стационаре до 7 дней включительно – 50% от стоимости соответствующей КСГ;

- при длительности пребывания в стационаре от 8 до 10 дней включительно – 70% от стоимости соответствующей КСГ;

- при длительности лечения более 10-ти дней – 100% от стоимости соответствующей КСГ, если при этом случай является прерванным – 70 % от стоимости КСГ.

## §2. Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи

90. Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи, установленными в территориальной программе, установлены в приложении № 8 к Тарифному соглашению.

Коэффициент уровня медицинской организации для оплаты законченного случая оказания высокотехнологичной медицинской помощи не применяется.

**§3. Тарифы на оплату медицинской помощи за услугу в стационаре**

91. Оплата медицинской помощи за услугу гемодиализа в стационаре как составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации, за каждую процедуру гемодиализа, осуществляется по базовому тарифу на оплату услуг гемодиализа (код услуги [А18.05.002](http://mobileonline.garant.ru/#/document/71805302/entry/1805002) «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»), установленному в пункте 79 Тарифного соглашения, с использованием коэффициентов относительной затратоёмкости, представленных в приложении № 19 к Тарифному соглашению, исходя их применяемых методов гемодиализа.

Коэффициент уровня медицинской организации для оплаты услуги гемодиализа в стационаре не применяется.

При этом в период лечения в круглосуточном стационаре пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. При обеспечении лекарственными препаратами за счет других источников (кроме средств обязательного медицинского страхования), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

## Глава 8. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

92. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи
и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет **1 514,32 рублей.**

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

а) размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка);

б) коэффициент относительной затратоемкости;

в) поправочные коэффициенты:

1) коэффициент специфики;

2) коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации.

94. Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) составляет **13 915,62 рублей** (коэффициент приведения – 0,6).

95. Перечень КСГ, соответствующих им коэффициентов относительной затратоёмкости (в том числе КСГ, в составе которых с учетом дополнительных критериев выделены подгруппы), коэффициентов специфики и тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, без учета коэффициентов уровня и сложности лечения пациента установлены в приложении № 26 к Тарифному соглашению.

Критерии отнесения к выделенным подгруппам КСГ в условиях дневного стационара установлены в приложении № 27 к Тарифному соглашению.

96. Коэффициенты уровней медицинских организаций в условиях дневного стационара установлены в приложении № 9 к Тарифному соглашению;

97. Тарифным соглашением устанавливаются следующие особенности оплаты счетов за прерванные случаи оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара:

1) если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней –100% от стоимости КСГ.

2) если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 70% от стоимости КСГ.

3) в случае, если при проведении лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях фактическое количество дней введения лекарственных препаратов меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, случай оплачивается:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 70% от стоимости КСГ.

4) при проведении лучевой терапии, лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, случай оплачивается:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 70% от стоимости КСГ.

**Глава 9. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной
вне медицинской организации**

98. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи
и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет **810,92** **рублей,** в том числе рамках базовой программы обязательного медицинского страхования **– 794,06** **рублей,** в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования – **16,86** **рублей**.

99. **Базовый (средний) подушевой норматив финансирования** скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации
(по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) на одно застрахованное лицо составляет **790,50** **рублей** в год. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования составляет 0,9955, коэффициент специфики – 1.

**Дифференцированный подушевой норматив финансирования** скорой медицинской помощи для Государственного бюджетного учреждения Республики Марий Эл «Станция скорой медицинской помощи г. Йошкар-Олы» и Государственного бюджетного учреждения Республики Марий Эл «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн» составляет **65,88** **рублей** в месяц на одно застрахованное лицо.

100. Средний норматив финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи составляет 2 884,70 рублей.

Оплата вызова скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с тарифами, установленными в приложении № 28 к Тарифному соглашению.

## Раздел IV. Размеры неоплаты, или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организаций штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

101. Перечень финансовых санкций, применяемых к медицинским организациям, за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, содержащий коэффициенты для определения размера неполной оплаты медицинской помощи и коэффициенты для определения размеров штрафов в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, указан в приложении № 29 к Тарифному соглашению.

102. Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл санкции, указанные в приложении № 29 к Тарифному соглашению, применяются к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной, в том числе застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, и при осуществлении территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл контроля за деятельностью страховой медицинской организации.

103. Неоплата или неполная оплата медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества не освобождает медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе от возврата застрахованному лицу денежных средств в случае необоснованного взимания платы за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования, а также в случае приобретения пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств» и «Перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и отпускаемых по рецептам на медицинские изделия при предоставлении набора социальных услуг» согласованных и утвержденных в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций.

## Раздел V. Заключительные положения

104. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2022 года, действует по 31 декабря 2022 года и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

105. В тарифное соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Республике Марий Эл, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

в) при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, приводящие к изменению структуры и содержания Тарифного соглашения;

г) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

д) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти Республики Марий Эл решений, приводящих к необходимости внесения изменений в Тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

106. Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

107. Настоящее Тарифное соглашение составлено в одном экземпляре, хранящемся в территориальном фонде обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл.

108. Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются:

Приложение № 1 Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

Приложение № 2 Тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования;

Приложение № 3 Тарифы на медицинские услуги, оказанные в амбулаторных условиях;

Приложение № 4 Перечень фельдшерско-акушерских пунктов и расходы на их финансовое обеспечение;

Приложение № 5 Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара;

Приложение № 6 Перечень КСГ стационара, к которым не применяется коэффициент уровня медицинской организации;

Приложение № 7 стационара и дневного стационара, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно;

Приложение № 8 Перечень видов и методов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), выполняемых медицинскими организациями на территории Республики Марий Эл;

Приложение № 9 Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара;

Приложение № 10 Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

Приложение № 11 Коэффициенты уровней медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях с оплатой по подушевому нормативу финансирования;

Приложение № 12 Размер подушевого финансирования медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

Приложение № 13 Тарифы проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения;

Приложение № 14 Тарифы законченного случая проведения диспансеризации (медицинского обследования) детей-сирот, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

Приложение № 15 Тарифы законченного случая проведения медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них;

Приложение № 16 Тарифы законченного случая проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения;

Приложение № 17 Базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях;

Приложение № 18 Тарифы на обращения по поводу отдельных заболеваний (в том числе с применением медицинских технологий);

Приложение № 19 Коэффициенты относительной затратоемкости на услуги гемодиализа;

Приложение № 20 Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях;

Приложение № 21 Перечень клинико-профильных и клинико-статистических групп стационара и соответствующие им тарифы;

Приложение № 22 Критерии отнесения к выделенным подгруппам КСГ в условиях стационара;

Приложение № 23 Перечень коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП);

Приложение № 24 Перечень сочетанных хирургических вмешательств, при проведении которых устанавливается коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП);

Приложение № 25 Перечень однотипных операций на парных органах/частях тела, при проведении которых устанавливается коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП);

Приложение № 26 Перечень клинико-профильных и клинико-статистических групп дневного стационара и соответствующие им тарифы;

Приложение № 27 Критерии отнесения к выделенным подгруппам КСГ в условиях дневного стационара;

Приложение № 28 Базовые нормативы финансовых затрат на оплату скорой медицинской помощи;

Приложение № 29 Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и коэффициентов для определения размера неполной оплаты медицинской помощи /штрафа;

Приложение № 30 Перечень КСГ в условиях дневного стационара,
в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги.

**Подписи**

|  |  |
| --- | --- |
| **от Министерства здравоохранения Республики Марий Эл**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.В.Панькова | **от территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Т.К.Груздева |
| **от страховых медицинских организаций** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С.С.Попова  |
| **от Марийской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.В.Скидан | **от Региональной общественной организации «Ассоциация врачей Республики Марий Эл»**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.А.Охотников |