**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

**на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Республике Марий Эл на 2025 год**

г. Йошкар-Ола «28» декабря 2024 г.

**Раздел I. Общие положения**

1. Настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Республике Марий Эл
на 2024 год (далее - Тарифное соглашение) заключено между

**Министерством здравоохранения Республики Марий Эл**, в лице министра Паньковой Марины Викторовны, заместителя министра Ушаковой Ангелины Ивановны;

**территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл,** в лице директора Гурьяновой Марины Александровны, заместителя директора-начальника финансово-экономического отдела Дмитриевой Ларисы Валерьевны;

**страховой медицинской организацией Акционерное общество «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»,** в лицедиректора Марийского филиала Поповой Светланы Сергеевны, заместителя директора Домрачева Константина Игоревича;

**Марийской республиканской организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации,** в лице председателя Скидан Ирины Валерьевны, члена Марийской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Григорьевой Эльвиры Петровны;

**Региональной общественной организацией «Ассоциация врачей Республики Марий Эл»,** в лице исполнительного директора Охотникова Михаила Александровича, члена региональной общественной организации «Ассоциация врачей Республики Марий Эл» Принцева Александра Николаевича (вместе именуемые - Стороны) в соответствии с решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Марий Эл от 28 декабря 2024 г., протокол № 13.

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 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее - Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов);

- постановлением Правительства Республики Марий Эл от 26 декабря 2024 г. № 496 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Марий Эл на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 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 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований 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 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов», направленные письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации;

- Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и 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 2025 год и на плановый период 2026
и 2027 годов.

**Базовая ставка** - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой государственных гарантий.

**Базовый 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 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-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 дифференциации -**устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для Республики Марий Эл и или отдельных территорий Республики Марий Эл.

**Коэффициент относительной затратоемкости -**устанавливаемый Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2025 и 2027 годов коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

**Коэффициент подуровня оказания 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 КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ.

**Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций -** 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:

к первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

к третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

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

**Обращение по поводу заболевания** - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

**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** – 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 КСГ** - группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых Тарифным соглашением, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по КСГ, 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 в медицинских организациях, расположенных на территории Республики Марий Эл, 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** в круглосуточный стационар или **случай лечения** в дневном стационаре (далее также – случай лечения) – случай диагностики и 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 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной постановлением Правительства Республики Марий Эл от 26 декабря 2024 г. № 496.

**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 размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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 2025 году и на медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл в 2025 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 2025 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, в рамках маршрутизации, установленной приказами Министерства здравоохранения Республики Марий Эл.

8. 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.**

**Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые
в Республике Марий Эл**

**Глава 1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной
в амбулаторных условиях**

9. При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования
и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, на ведение школ для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров
и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации
и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, а также диспансерное наблюдение с использованием информационной системы (платформы) «Персональные медицинские помощники» и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях,
не имеющих прикрепившихся лиц;

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований -компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ; профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья и (или) обучающихся
в образовательных организациях, а также диспансерное наблюдение
с использованием информационной системы (платформы) «Персональные медицинские помощники»;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с сахарным диабетом в части ведения школ сахарного диабета;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

10. 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).

11. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь
в амбулаторных условиях, устанавливается в приложении № 1 к Тарифному соглашению в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты медицинской помощи.

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

- на участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования и в сверхбазовой программе обязательного медицинского страхования;

- на имеющих прикрепленное население;

- по уровням медицинских организаций;

- по способам оплаты медицинской помощи.

**§ 1. Оплата медицинской помощи 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, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, на ведение школ для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, а также диспансерное наблюдение с использованием информационной системы (платформы) «Персональные медицинские помощники» и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи)**

12. При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц применяются следующие коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования (приложение № 2 к Тарифному соглашению):

1) коэффициенты 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 (далее - $КД\_{от}$);

2) коэффициенты половозрастного состава (далее - $КД\_{пв}$);

3) коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), рассчитываемые с учетом расходов на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

4) коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожной картой» развития здравоохранения в Республике Марий Эл;

5) коэффициент дифференциации.

13. 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.

14. При оплате первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, определяется по формуле:

$ОС\_{ПН}=ДП\_{Н}^{i}×Ч\_{З}^{i}+ОС\_{РД}$,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ОСПН | финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей |
| ОСРД | объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке (далее – объем средств с учетом показателей результативности), рублей |
| $$ДП\_{Н}^{i}$$ | дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей |

15. Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования
в Республике Марий Эл один раз в квартал.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь
в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам года.

При этом выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь 2024 года ‑ ноябрь 2025 года (включительно) и включаются в счет за декабрь 2025 года.

В случае, когда показатель(и) результативности одного из блоков неприменим(ы) для конкретной медицинской организации и (или) отчетного периода, суммарный максимальный балл и итоговый коэффициент для соответствующей медицинской организации могут рассчитываться без учета этого показателя(ей).

Каждый показатель, включенный в блок оценивается в баллах, которые суммируются. Максимально возможная сумма баллов по каждому блоку, составляет:

- 19 баллов для показателей блока 1 (взрослое население);

- 7 баллов для показателей блока 2 (детское население);

- 6 баллов для показателей блока 3 (женское население).

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации
по каждому показателю определяется балл в диапазоне от 0 до 2 баллов.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы: I – выполнившие до 40 процентов показателей, II – от 40 (включительно) до 60 процентов показателей, III – от 60 (включительно) процентов показателей.

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций представлен в Приложении к Методическим рекомендациям. Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии
по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Марий Эл, которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего
за отчетным периодом.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, составляет 5 процентов от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и складывается из двух частей:

**1 часть** – распределение 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения.

$ОС\_{РД(нас)}^{j}=\frac{0,7×ОС\_{РД}^{j}}{\sum\_{}^{}Числ}$,

где:

$ОС\_{РД(нас)}^{j} $- объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций
за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

$ОС\_{РД}^{j}$ - совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum\_{}^{}Числ$ - численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации используется средняя численность за период. При осуществлении выплат по итогам достижения показателей результативности ежегодно средняя численность рассчитывается по формуле:

$Числ\_{i}^{j}=\frac{Ч\_{мес1}+Ч\_{мес2}+…+Ч\_{мес11}+Ч\_{мес12}}{12}$,

где:

$Ч\_{мес}$ - среднегодовая численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации в j-м году, человек;

$Ч\_{мес1}$ - численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца j-го года, человек;

$Ч\_{мес2}$ - численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца года, следующего за j-тым, человек;

$Ч\_{мес11}$ - численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца j-го года, человек;

$Ч\_{мес12}$ - численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число двенадцатого месяца j-го года, человек.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средств
с учетом показателей результативности ($ОС\_{РД(нас)}\_{i}^{j}$), рассчитывается следующим образом:

$ОС\_{РД(нас)}\_{i}^{j}=ОС\_{РД(нас)}^{j}×Числ\_{i}^{j}$***,***

где:

$Числ\_{i}^{j}$– численность прикрепленного населения в j-м периоде
к i-той медицинской организации II и III групп.

**2 часть** – распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующей период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций
III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

$ОС\_{РД(балл)}^{j}=\frac{0,3×ОС\_{РД}^{j}}{\sum\_{}^{}Балл}$,

где:

$ОС\_{РД(балл)}^{j}$ - объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций
за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

$ОС\_{РД}^{j}$ - совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum\_{}^{}Балл$ - количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию III группы за j-тый период, при распределении 30 процентов от объема средств
на стимулирование медицинских организаций ($ОС\_{РД(балл)}\_{i}^{j}$), рассчитывается следующим образом:

$ОС\_{РД(балл)}\_{i}^{j}=ОС\_{РД(балл)}^{j}×Балл\_{i}^{j},$

где:

$Балл\_{i}^{j} $количество баллов, набранных в j-м периоде i-той медицинской организацией III группы.

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы
в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи
с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию III группы за j-тый период определяется путем суммирования
1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за j-тый период –равняется нулю.

Осуществление выплат стимулирующего характера медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится в полном объеме при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения
в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин)
и (или) смертности детей в возрасте от 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее – показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также фактического выполнения не менее 90 процентов, установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

В случае, если не достигнуто снижение вышеуказанных показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) и (или) выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссией устанавливаются понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат.

Объем средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты, не распределенный между медицинскими организациями II и III группы
в результате применения вышеуказанных понижающих коэффициентов
к размеру стимулирующих выплат, распределяется между указанными медицинскими организациями пропорционально размеру стимулирующих выплат с учетом вышеуказанных понижающих коэффициентов.

16. Межучрежденческие расчеты при оплате медицинской помощи 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, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, на ведение школ для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, а также диспансерное наблюдение
с использованием информационной системы (платформы) «Персональные медицинские помощники» и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе
с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи), осуществляются через страховую медицинскую организацию по тарифам, установленным Тарифным соглашением.

Указанные расчеты применяется только для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц.

17. Медицинскими организациями составляется реестр счетов
по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)) с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление.

После проведения медико-экономического контроля в целях окончательного расчета за оказанную медицинскую помощь территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл формирует и предоставляет по утвержденным им формам:

- в медицинскую организацию сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в медицинских организациях Республики Марий Эл не по месту прикрепления, и о межучрежденческих расчетах при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях,
по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;

- в страховую медицинскую организацию информацию по результатам медико-экономического контроля реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, представленных медицинскими организациями,
и межучрежденческих расчетах при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования
на прикрепившихся лиц.

18. Страховые медицинские организации осуществляют оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо, уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации, в которой были фактически выполнены отдельные медицинские услуги (медицинские вмешательства, исследования),
а выполнение указанных отдельных медицинских услуг по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

Межучрежденческие расчеты при оказании медицинской помощи по специальности «акушерство и гинекология» в женских консультациях г. Йошкар-Олы, а также по специальности «травматология и ортопедия»
в Государственном бюджетном учреждении Республики Марий Эл «Поликлиника № 1 г. Йошкар-Олы» осуществляются в соответствии
с маршрутизацией пациентов, установленной приказами Министерства здравоохранения Республики Марий Эл.

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

19. 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.

20. 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:

- по профилю «Стоматология»;

- комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации

- комплексные посещения для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в том числе II этапа;

- разовые посещения в связи с заболеванием в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, в том числе:

за посещения в виде консультативных приемов в амбулаторных условиях. 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.

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;

2) **посещения в неотложной форме** в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе:

- прием врача приемного покоя (дежурного врача) без последующей госпитализации,

- прием медицинскими работниками, имеющими среднее медицинское образование, ведущим самостоятельный прием, перечень которых определяется приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл;

- консультации 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;

3) **обращения по поводу заболевания (законченный случай)** в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, и по профилю «Стоматология», включая обращения по поводу отдельных заболеваний (в том числе с применением медицинских технологий), особенности оказания которых установлены приказами Министерства здравоохранения Республики Марий Эл, при оказании медицинской помощи медицинскими работниками, имеющими среднее медицинское образование, ведущими самостоятельный прием, перечень которых определяется приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл, а также в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования;

4) **комплексные посещения:**

**-**для проведения медицинской реабилитациив амбулаторных условиях, в том числе на дому, в соответствии с приказами Министерства Российской Федерации и Министерства здравоохранения Республики Марий Эл;

- для проведения диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с использованием информационной системы (платформы) «Персональные медицинские помощники», в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

- посещения центров здоровья;

5)**отдельные диагностические (лабораторные) исследования**
в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, порядок предоставления которых устанавливается приказами Министерства здравоохранения Республики Марий Эл согласно приложению № 3
к Тарифному соглашению;

6) **медицинские услуги,** оказываемые:

а) в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, порядок предоставления которых устанавливается приказами Министерства здравоохранения Республики Марий Эл согласно приложению № 4 к Тарифному соглашению;

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;

7) **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 в неотложной форме во время нахождения пациента на стационарном лечении, включая день поступления и выписки из стационара.

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.

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

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

При проведении диализа 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 (диализ), устанавливается приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл.

22. 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.

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.

**Глава 2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях**

24. При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее - госпитализация), в том числе для медицинской реабилитации
в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании
с оплатой за услугу диализа;

за прерванный случай госпитализации 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, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, 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 в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

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

26. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара, устанавливается в приложении № 6 к Тарифному соглашению.

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

- на участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования и в сверхбазовой программе обязательного медицинского страхования;

- по уровням (подуровням) медицинских организаций;

- по способам оплаты медицинской помощи.

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

27. 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.

28. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях стационара
в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного
в соответствующую КСГ (приложение № 7 к Тарифному соглашению) без применения коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации.

29. Коэффициент относительной затратоёмкости в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования определен для каждой КСГ в приложении к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов и не может быть изменен при установлении тарифов.

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

31. Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи устанавливается в разрезе трех уровней медицинских организаций дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций в соответствии с действующим законодательством.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи 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.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющим высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающим
(в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики
и лечения в медицинских организациях различных уровней коэффициент уровня (подуровня) при оплате таких случаев госпитализации не применяется (принимается равным 1).

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

33. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

2) случаи прерывания 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 прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом 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 по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме
по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, 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, изложенным в подпунктах 1–7 настоящего пункта) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ,
для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно;

9) случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов и приложением к Методическим рекомендациям.

34. Оплата медицинской помощи, оказываемой пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1) перевод пациента из одного отделения медицинской организации
в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе
в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар
и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате
в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктами 33 и 49 Тарифного соглашения основаниям;

2) проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания,
по которому осуществлялось лечение;

3) оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

4) этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

5) проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

6) дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности
в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

7) наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей
в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

8) проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием
к иммунизации;

9) проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Выставление случая только по КСГ st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

35. 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.

36. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим
в условиях стационара услуги диализа, оплата производится за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Порядок оказания услуг диализа устанавливается приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл.

37. В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного
в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

38. При оказании медицинской помощи с использованием пэгаспаргазы и иных лекарственных препаратов, ранее централизованно закупаемых
по отдельным решениям Правительства Российской Федерации, для оплаты соответствующей медицинской помощи используются КСГ, определенные
с учетом кода диагноза пациента (по КСГ st08.002 «Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети»).

**§ 2. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи,**

**оказанной в условиях стационара**

39. 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 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026
и 2027 годов.

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

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

42. 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.

43. 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.

44. При оказании высокотехнологичной медицинской помощи пациентам, получающим в условиях стационара услуги диализа, оплата производится за соответствующую КСГ для оплаты услуг диализа
в стационаре только в сочетании со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Порядок оказания услуг диализа устанавливается приказом Министерства здравоохранения Республики Марий Эл.

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

45. При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного
в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за

услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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 дневного стационара
на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, 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 в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 7 к Тарифному соглашению, в том числе
в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара осуществляется по общим правилам § 1 главы 2 настоящего Тарифного соглашения с особенностями, установленными настоящей главой.

46. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, дифференцированный по уровням (подуровням) медицинских организаций
и способам оплаты медицинской помощи устанавливается в приложении № 9 к Тарифному соглашению.

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

48. Перечень КСГ в условиях дневного стационара, в которых
не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги, представлен в приложении № 10 к Тарифному соглашению.

49. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

2) случаи прерывания 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 прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом 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 по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме
по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, 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, изложенным в подпунктах 1–7 настоящего пункта) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ,
для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно.

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

51. 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.

52. При оказании медицинской помощи с использованием пэгаспаргазы и иных лекарственных препаратов, ранее централизованно закупаемых
по отдельным решениям Правительства Российской Федерации, для оплаты соответствующей медицинской помощи используются КСГ, определенные
с учетом кода диагноза пациента (по КСГ ds08.002 «Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети»).

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

53. При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации при оплате 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):

по подушевому нормативу финансирования;

за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации,
на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях,
не имеющих прикрепившихся лиц).

54. Базовый 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.

55. 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.

56. Скорая медицинская помощь на территории Республики Марий Эл оказывается Государственным бюджетным учреждением Республики Марий Эл «Станция скорой медицинской помощи».

При расчете дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, применяются:

коэффициенты половозрастного состава принимаемые равными 1;

коэффициент уровня расходов медицинской организации (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических
и географических особенностей, размер медицинской организации) принимаемый равным 1;

коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Марий Эл принимаемый равным 1.

**Раздел III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

**Глава 5. Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи**

57. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются
в соответствии с методикой, установленной обязательного медицинского страхования, с учетом порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, разработанных в том числе на основе клинических рекомендаций 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.

58. 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 5 декабря 2024 г. № 58-З «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»
с применением коэффициента дифференциации в размере 1.

59. Тарифы на оплату медицинской помощи водятся в действие
с первого числа месяца.

60. 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, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, 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 четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

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.

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

61. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе по профилю «Медицинская реабилитация», 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 **7 908,28 рублей,** в том числе рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – **7 885,73 рублей,** в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования – **22,55** **рублей**.

62. 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.

63. Тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций Республики Марий Эл, отнесенных к одному уровню 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 немедикаментозных методов профилактики и лечения, лабораторных
и инструментальных диагностических исследований, за исключением отдельных диагностических (лабораторных) исследований и медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях, тарифы на которые установлены
в приложениях № 3 и 4 к Тарифному соглашению.

**§ 1. Тарифы на оплату медицинской помощи 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, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, на ведение школ для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, а также диспансерное наблюдение с использованием информационной системы (платформы) «Персональные медицинские помощники» и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи)**

64. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц
с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации включаются:

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

- расходы на оплату первичной специализированной медицинской помощи;

- расходы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

- расходы на оплату проведения исследований на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов);

- расходы на оплату проведения диспансерного наблюдения детского населения;

- проведение консультирования медицинским психологом
по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин
в период беременности, родов и послеродовой период.

65. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц
с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации 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 оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований: на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, школа сахарного диабета (приложение № 3 к Тарифному соглашению);

- расходы на оплату медицинских услуг,порядок предоставления которых устанавливается приказами Министерства здравоохранения Республики Марий Эл (приложение № 4 к Тарифному соглашению);

- расходы на оплату обращений по поводу отдельных заболеваний (в том числе с применением медицинских технологий), особенности оказания которых установлены приказами Министерства здравоохранения Республики
Марий Эл, и медицинскую реабилитацию (приложение № 11 к Тарифному соглашению);

- расходы на оплату медицинской помощи, оказываемую в центрах здоровья;

- финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации, включая II этап диспансеризации определенных групп населения, углубленную диспансеризацию и диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами;

- финансовое обеспечение проведения диспансерного наблюдения
в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению с хроническими неинфекционными заболеваниями
и диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

- расходы на оплату медицинской помощи по медицинской реабилитации;

- финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю «Стоматология»;

- неотложную медицинскую помощь;

- оплату диализа в амбулаторных условиях;

- медицинскую помощь, оказываемую в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования.

66. **Базовый подушевой норматив** **финансирования** составляет **129,09 рублей** на одно застрахованное лицо в месяц.

67. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций установлены в приложении № 2 к Тарифному соглашению.

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 которым применяется коэффициент дифференциации, установлен в приложении № 2 к Тарифному соглашению.

69. Коэффициенты половозрастного состава рассчитаны исходя
из следующих половозрастных групп и составляют:

0-1 год мужчины – 4,1048;

0-1 год женщины – 4,3637;

1-4 года мужчины – 2,7892;

1-4 года женщины – 2,6726;

5-17 лет мужчины – 1,5066;

5-17 лет женщины – 1,5327;

18-64 года мужчины – 0,4431;

18-64 года женщины – 0,8534;

65 лет и старше мужчины – 1,6;

65 лет и старше женщины – 1,6.

70. Размер коэффициента уровня расходов медицинских организаций, применяемого к базовому подушевому нормативу финансирования
на прикрепившихся лиц, принимается равным 1.

71. Размер коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожной картой» развития здравоохранения в Республике Марий Эл, принимается равным 1.

72. Размер коэффициента дифференциации принимается равным 1.

73. 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:

73.1. ФАП, обслуживающий от 101 до 900 жителей, - 1 442,9 тыс. рублей;

73.2. ФАП, обслуживающий от 901 до 1500 жителей, - 2 885,8 тыс. рублей;

73.3. ФАП, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, - 3 430,6 тыс. рублей.

Норматив финансовых затрат для ФАПа, обслуживающего менее 100 жителей, устанавливается с учетом коэффициента 0,95 к размеру финансового обеспечения, указанному в подпункте 73.1.

Норматив финансовых затрат для ФАПа, обслуживающего свыше 2000 жителей, устанавливается с учетом коэффициента 1,05 к размеру финансового обеспечения, указанному в подпункте 73.3.

В случае несоответствия требованиям, предусмотренным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н, при расчете размера финансирования ФАПа применяются следующие 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 – 0,9.

Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов
в случае оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, при отсутствии в указанных пунктах акушеров и осуществлении полномочий по работе с такими женщинами фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем) устанавливается с учетом повышающего коэффициента, рассчитываемого
с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

Перечень медицинских организаций, имеющих в своем составе ФАПы, устанавливается в приложении № 12 к Тарифному соглашению.

74. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования
на прикрепившихся лиц, установлен в приложении № 13 к Тарифному соглашению.

**§ 2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных
условиях, за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)**

75. Тарифы при оплате медицинской помощи, оказанной
в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи:

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, в том числе с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (при проведении маммографии), в том числе при проведении углубленной диспансеризации,
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 № 14 и к Тарифному соглашению;

2) за законченный случай (комплексное посещение) диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин установлены
в приложении № 15 к Тарифному соглашению.

3) 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 № 16 к Тарифному соглашению;

4) 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 № 16 к Тарифному соглашению;

5) за законченный случай (комплексное посещение) в связи
с проведением профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации, установлены в приложении № 17 к Тарифному соглашению;

6) 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, в том числе с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий
с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных
в установленном порядке) (при проведении маммографии), согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации, установлены
в приложении № 18 к Тарифному соглашению;

7) за посещение центра здоровья установлены в приложении № 19
к Тарифному соглашению;

76. 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 1,05;

- при проведении профилактических осмотров и диспансеризации мобильными медицинскими бригадами применяется коэффициент 1,1.

Средний норматив финансовых затрат на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров составляет 2 620,5 рубля, на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний - 3 202,7 рублей (на проведение углубленной диспансеризации 1 384,8 рублей).

Средний норматив финансовых затрат на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин
и мужчин составляет 1 842,7 руб.

Средний норматив финансовых затрат на 1 комплексное посещение для проведения диспансерного наблюдения составляет 2 661,1 рублей, в том числе по поводу онкологических заболеваний – 3 757,1 рублей, сахарного диабета – 1 418,5 рублей, болезней системы кровообращения – 3 154,3 рублей.

77. Средний норматив финансовых затрат на 1 посещение с иными целями составляет 447,8 рублей.

Оплата посещений **с иными целями** осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 19 к Тарифному соглашению.

78. Средний норматив финансовых затрат на 1 посещение в неотложной форме составляет 983,6 рублей.

Оплата посещений **в неотложной форме** осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 19 к Тарифному соглашению.

79. Средний норматив финансовых затрат на 1 обращение по поводу заболевания составляет 2 203,2 рублей.

Оплата **за обращение по поводу заболевания** (законченный случай) осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 19 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 № 11 к Тарифному соглашению.

80. Средний норматив финансовых затрат на 1 посещения
с профилактическими целями центров здоровья 1159,4 рублей.

81. Средний норматив финансовых затрат на 1 комплексное посещение при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» составляет 25 427,7 рублей.

Оплата медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 19 к Тарифному соглашению.

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

компьютерной томографии – 3 473,29 рубля;

магнитно-резонансной томографии – 4 742,46 рубля;

ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 701,34 рубля;

эндоскопического диагностического исследования – 1 286,03 рубля;

молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 10 800,13 рубля;

патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала – 2 663,47 рубля;

ПЭТ-КТ при онкологических заболеваниях – 35 768,54 рубля;

ОФЭКТ/КТ – 4 908,20 рубля;

школа сахарного диабета – 1 337,64 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, ПЭТ-КТ при онкологических заболеваниях, ОФЭКТ/КТ, школы сахарного диабета осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 3 к Тарифному соглашению.

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

84. 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).

85. Оплата амбулаторной помощи **за медицинские услуги,** в том числе, оказываемые в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 4 к Тарифному соглашению.

86. Базовый тариф на оплату услуги **гемодиализа** составляет **6 561,57 рублей,** за услуги **перитонеального диализа** составляет **4 732,04 рублей.**

При оплате других услуг гемодиализа с учетом применения различных методов к базовому тарифу применяются коэффициенты относительной затратоёмкости, представленные в приложении № 20 к Тарифному соглашению.

Дополнительный объем страхового обеспечения при проведении диализа в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования составляет **192,72** **рублей** за медицинскую услугу.

87. Оплата **стоматологической помощи** производится по тарифам, согласно приложению № 19 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 № 21 к Тарифному соглашению.

88. 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;

- 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, ПЭТ-КТ при онкологических заболеваниях, ОФЭКТ/КТ, школы сахарного диабета (приложение № 3 к Тарифному соглашению);

- медицинских услуг, оказываемыхв амбулаторных условиях (приложение № 4 к Тарифному соглашению);

- обращений по поводу отдельных заболеваний (в том числе
с применением медицинских технологий), особенности оказания которых установлены приказами Министерства здравоохранения Республики
Марий Эл (приложение № 11 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)**

89. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в том числе по профилю «Медицинская реабилитация», 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 **9 073,96 рублей**, в том числе рамках базовой программы обязательного медицинского страхования **– 9 068,92 рублей,** в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования – **5,04 рублей**.

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

1) Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) без учета коэффициента дифференциации;

2) Коэффициент относительной затратоемкости;

3) Коэффициент дифференциации (при наличии);

4) Коэффициент специфики;

5) Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи;

6) Коэффициент сложности лечения пациента.

91. Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) составляет:

- в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – **33 656,54 рублей**, с учетом коэффициента дифференциации 1 – 33 656,54 рублей;

- в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования – **54 115,65 рублей**.

92. Перечень КСГ, в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях
в составе Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026
и 2027 годов с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (в том числе КСГ, в составе которых с учетом дополнительных критериев выделены подгруппы), коэффициентов специфики, коэффициентов уровня оказания медицинской помощи и тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, без учета коэффициентов сложности лечения пациента, установлены в приложении № 22 к Тарифному соглашению.

Критерии отнесения к выделенным подгруппам КСГ в условиях стационара установлены в приложении № 23 к Тарифному соглашению.

93. Коэффициенты уровней (подуровней) оказания медицинской помощи в стационарных условиях установлены в приложении № 6
к Тарифному соглашению.

Перечень КСГ стационара, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, установлен в приложении № 24
к Тарифному соглашению.

Размеры коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП) установлены в приложении № 25 к Тарифному соглашению.

Перечень сочетанных хирургических вмешательств, при проведении которых устанавливается КСЛП, представлен в приложении № 26
к Тарифному соглашению.

Перечень однотипных операций на парных органах / частях тела, при проведении которых устанавливается КСЛП, представлен в приложении № 27 к Тарифному соглашению.

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

94. 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, случай оплачивается в размере:

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

- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

В приложении № 28 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Прерванные случаи по КСГ, не входящим в приложение № 28
к Тарифному соглашению, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев.

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

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

- 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) если при проведении лучевой терапии, лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, случай является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 - 6 пункта 33 Тарифного соглашения, 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) случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 оплачиваются:

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

- при длительности лечения более 3 дней и менее количества дней, определенных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026
и 2027 годов и приложением к Методическим рекомендациям, – 70%
от стоимости;

- при длительности лечения равной и более количества дней, определенных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026
и 2027 годов и приложением к Методическим рекомендациям, при условии прерванности случая по иным основаниям, указанным в подпунктах 2 - 6 пункта 33 Тарифного соглашения – 80% от стоимости.

95. Перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установлен в приложении № 5
к Тарифному соглашению.

96. За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение проведения патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов
и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных
и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи
в стационарных условиях (результат госпитализации) в указанных медицинских организациях по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования. Оплата патолого-анатомических вскрытий осуществляется в рамках договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации.

**§ 2. Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи,**

**оказанной в условиях стационара**

97. Тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи, установленными в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, установлены в приложении № 8
к Тарифному соглашению.

Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для оплаты законченного случая оказания высокотехнологичной медицинской помощи не применяется.

**§ 3. Тарифы на оплату случаев лечения при оказании услуг диализа медицинской помощи в стационаре**

98. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях круглосуточного стационара осуществляется по тарифу за услугу диализа в соответствии с приложением № 20 к Тарифному соглашению, только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для оплаты услуг диализа 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. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется 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**

99. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в том числе по профилю «Медицинская реабилитация», 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 **2 067,67 рублей.**

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

1) Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) без учета коэффициента дифференциации;

2) Коэффициент относительной затратоемкости;

3) Коэффициент дифференциации (при наличии);

4) Коэффициент специфики;

5) Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;

6) Коэффициент сложности лечения пациента.

101. Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) составляет - **18 166,62 рублей**, с учетом коэффициента дифференциации 1 – 18 166,62 рублей.

102. Перечень КСГ, в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в условиях дневного стационара в составе Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (в том числе КСГ, в составе которых с учетом дополнительных критериев выделены подгруппы), коэффициентов специфики, коэффициентов уровня оказания медицинской помощи и тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, без учета коэффициентов сложности лечения пациента установлены в приложении № 29 к Тарифному соглашению.

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

104. 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, случай оплачивается в размере:

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

- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

В приложении № 28 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Прерванные случаи по КСГ, не входящим приложении № 28
к Тарифному соглашению, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев.

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) если при проведении лучевой терапии, лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, случай является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1–6 пункта 49 Тарифного соглашения, случай оплачивается:

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

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

105. Перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установлен в приложении № 5
к Тарифному соглашению.

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

106. Средний размер финансового обеспечения 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 **1 176,57** **рублей,** в том числе рамках базовой программы обязательного медицинского страхования **– 1 149,38** **рублей,**в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования – **27,19** **рублей**.

107. В подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи включаются все расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования,
за исключением вызова скорой медицинской помощи с применением тромболизиса.

108. В подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи не включаются расходы на оплату медицинской помощи в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования.

109. **Базовый 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 **95,24** **рублей** в месяц.

Коэффициент половозрастного состава принимается равным 1.

Размер коэффициента уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации), коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Республике Марий Эл, коэффициента дифференциации принимается равным 1.

Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации 95,24 рублей на одно застрахованное лицо в месяц.

110. Средний норматив финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи составляет **4 292,90 рублей**.

Оплата вызова скорой медицинской помощи осуществляется
в соответствии с тарифами, установленными в приложении № 30 к Тарифному соглашению.

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

**Раздел IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

112. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организацией на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установленный в соответствии с Приложением № 5 к Правилам обязательного медицинского страхования, указан в приложении № 31 к Тарифному соглашению.

113. Методика исчисления размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и размеров уплаты штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества установлена главой IX Правил обязательного медицинского страхования.

114. Размеры подушевых нормативов финансирования (РП), используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, в разрезе условий оказания медицинской помощи установленных в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, указаны в приложении № 31 к Тарифному соглашению.

115. При выявлении территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл нарушений медицинской организацией обязательств, установленных договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, по итогам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в том числе в случае, если медицинская помощь оказывалась за пределами территории субъекта Российской Федерации,
в котором застрахованному лицу выдан полис обязательного медицинского страхования, территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл вправе применять санкции, предусмотренные статьей 41 Федерального закона № 326-ФЗ, не оплачивать или не полностью оплачивать оказанную медицинской организацией медицинскую помощь по базовой программе, требовать возврата денежных средств и уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи по базовой программе ненадлежащего качества, предусмотренных статьей 41 Федерального закона № 326-ФЗ, в суммах, определенных в соответствии
с Порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным Правилами обязательного медицинского страхования, и в соответствии с размерами, установленными в приложении № 31 к Тарифному соглашению.

116. При осуществлении территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл повторных контрольно-экспертных мероприятий, в том числе в рамках контроля за деятельностью страховой медицинской организации, к медицинской организации применяются санкции, предусмотренные статьей 41 Федерального закона № 326-ФЗ, в суммах, определенных в соответствии с Порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным Правилами обязательного медицинского страхования,
и в соответствии с размерами, установленными в приложении № 31
к Тарифному соглашению.

117. 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**

118. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2025 года, действует по 31 декабря 2025 года и распространяется
на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной
в течение данного финансового года.

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

Изменения в Тарифное соглашение вступают в силу с даты заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, если
в дополнительном соглашении не указаны иные сроки.

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

120. Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются:

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

Приложение № 2 Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь
в амбулаторных условиях;

Приложение № 3 Тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования;

Приложение № 4 Тарифы на медицинские услуги, оказываемые
в амбулаторных условиях;

Приложение № 5 Перечень КСГ стационара и дневного стационара,
с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно;

Приложение № 6 Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара;

Приложение № 7 Перечень КСГ, соответствующих им коэффициентов относительной затратоёмкости, управленческих коэффициентов и тарифы
на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования;

Приложение № 8 Тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

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

Приложение № 10 Перечень КСГ в условиях дневного стационара,
в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги;

Приложение № 11 Тарифы на обращения по поводу отдельных заболеваний (в том числе с применением медицинских технологий);

Приложение № 12 Перечень фельдшерско-акушерских пунктов
и расходы на их финансовое обеспечение;

Приложение № 13 Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;

Приложение № 14 Тарифы проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе в связи с проведением углубленной диспансеризации;

Приложение № 15 Тарифы проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

Приложение № 16 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 № 17 Тарифы законченного случая проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них;

Приложение № 18 Тарифы законченного случая проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения;

Приложение № 19 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях;

Приложение № 20 Коэффициенты относительной затратоемкости
на услуги диализа;

Приложение № 21 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 № 22 Перечень КСГ, соответствующих им коэффициентов относительной затратоемкости (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 в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

Приложение № 23 Критерии отнесения к выделенным подгруппам КСГ в условиях стационара;

Приложение № 24 Перечень КСГ стационара, к которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;

Приложение № 25 Перечень коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП);

Приложение № 26 Перечень сочетанных хирургических вмешательств, при проведении которых устанавливается коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП);

Приложение № 27 Перечень однотипных операций на парных органах/частях тела, при проведении которых устанавливается коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП);

Приложение № 28 Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию;

Приложение № 29 Перечень КСГ, соответствующих им коэффициентов относительной затратоемкости (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;

Приложение № 30 Тарифы на оплату скорой медицинской помощи;

Приложение № 31 Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

**Подписи**

|  |  |
| --- | --- |
| от Министерства здравоохранения Республики Марий Эл | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.В.Панькова |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.И.Ушакова |
| от территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.А.Гурьянова |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Л.В.Дмитриева |
| страховой медицинской организацией Акционерное общество «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С.С.Попова |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ К.И.Домрачев |
| от Марийской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.В.Скидан |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Э.П.Григорьева |
| от Региональной общественной организации «Ассоциация врачей Республики Марий Эл» | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.А.Охотников |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Н.Принцев |