

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому**  
**страхованию в Республике Марий Эл на 2020 год**

г. Йошкар-Ола

« 27 » декабря 2019 г.

**Раздел I. Общие положения**

1. Настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Республике Марий Эл на 2020 год (далее - Тарифное соглашение) заключено между **Министерством здравоохранения Республики Марий Эл**, в лице министра Паньковой Марины Викторовны, действующей на основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Марий Эл, утвержденного постановлением Правительства Республики Марий Эл от 17 апреля 2019 г. № 111, **территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл**, в лице директора Груздевой Татьяны Константиновны, действующей на основании Положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл, утвержденного постановлением Правительства Республики Марий Эл от 28 марта 2011 г. № 86, **Страховой медицинской организацией Акционерное общество «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»**, в лице директора Марийского филиала АО СК «СОГАЗ-Мед» Поповой Светланы Сергеевны, действующей на основании Устава, доверенности от 15 июля 2019 г. № 312, лицензии ОС № 3230-01 от 28 февраля 2019 г., выданной Центральным банком Российской Федерации, **Марийской республиканской организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации**, в лице председателя Скидан Ирины Валерьевны, действующей на основании Устава и **Региональной общественной организацией «Ассоциация врачей Республики Марий Эл»**, в лице председателя Зверева Дмитрия Федоровича, действующего на основании Устава, (вместе именуемые - Стороны) в соответствии с решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Марий Эл от 27 декабря 2019 г., протокол № 12.

2. Тарифное соглашение заключено в соответствии с:

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

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

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2019 г. № 1610 «О программе государственных гарантий бесплатного

оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;

- постановлением Правительства Республики Марий Эл «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Марий Эл на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 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 Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее - приказ ФФОМС от 28.02.2019 № 36);

- приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2019 № 11-7/И/2-12330 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;

- Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/И/2-11779, Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 17033/26-2/и от 12.12.2019 (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 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2019 г. № 1610.

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

**Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях** - средний

размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных Методическими рекомендациями.

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

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

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

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

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

**Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами и рассчитанный в соответствии с правилами, установленными Методическими рекомендациями.

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

**Коэффициент уровня оказания медицинской помощи** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

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

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

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

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

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

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

**Поправочные коэффициенты** - устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, 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;

пренатальная (дородовая) диагностика в части генетического обследования беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития и хромосомных заболеваний у плода, неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний

в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетической консультацией государственного бюджетного учреждения Республики Марий Эл «Перинатальный центр»;

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

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

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

**Территориальная программа обязательного медицинского страхования** - составная часть Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Марий Эл на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства Республики Марий Эл.

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

**Уровни оказания медицинской помощи:**

1) первый уровень оказания медицинской помощи - медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

2) второй уровень оказания медицинской помощи - медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров;

3) третий уровень оказания медицинской помощи - медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

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

**ФАП** – фельдшерско-акушерский пункт.

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

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

6. Тарифное соглашение распространяется на субъектов и участников обязательного медицинского страхования (в том числе на страховые медицинские организации, включенные в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл в 2020 году и на медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл в 2020 году и которым решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Марий Эл установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования) и является обязательным для исполнения.

7. Медицинская организация оказывает медицинскую помощь в соответствии с заявленными видами медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и на основании перечня работ и услуг, определенных лицензией на право осуществления медицинской деятельности.

## **Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи**

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

8. В соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется:

- 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, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

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

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).

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

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

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

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

- по уровням оказания медицинской помощи.

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

- уровень расходов на содержание медицинских организаций и/или структурных подразделений медицинских организаций (медицинских пунктов, мобильных медицинских бригад и т.п.);

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

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

- медицинской помощи, оказываемой в рамках сверхбазовой программы;

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

- мероприятий по проведению всех видов диспансеризации, профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядка проведения которых установлены нормативными правовыми актами, посещений центров здоровья;

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

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) (приложение № 2 к Тарифному соглашению);

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

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

12. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи, организованной по территориально-участковому принципу, оказываемой в плановой форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, оказываемую врачами-травматологами-ортопедами, в соответствии с



установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение.

В подушевой норматив не включаются:

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

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

- расходы на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) в соответствии с перечнем, установленным в приложении № 2 к Тарифному соглашению);

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации, профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, посещений центров здоровья;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходы на оплату гемодиализа в амбулаторных условиях;

- расходы на оплату стоматологической помощи;

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

- расходы на оплату первичной специализированной медицинской помощи;

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

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

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

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

15. При оплате первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, определяется как произведение дифференцированного подушевого норматива

и численности застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации.

16. 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.

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

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

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

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. Тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций Республики Марий Эл, включенных в один уровень оказания медицинской помощи, и предусматривает в том числе расходы на проведение лабораторных и диагностических исследований, за исключением отдельных диагностических (лабораторных) исследований и медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях, тарифы на которые установлены в приложениях № 2 и 3 к Тарифному соглашению.

21. 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.

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

1) **посещения с профилактической целью** в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования: комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации;

2) **посещения с 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:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных заболеваний и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

- посещения для проведения 2 этапа диспансеризации;

- разовые посещения в связи с заболеванием в том числе:

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

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

- посещения центров здоровья;

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

б) в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан при заболеваниях, передаваемых половым путем;

- разовые посещения в связи с заболеванием;

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

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

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

5) **отдельные диагностические (лабораторные) исследования** в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:

- компьютерная томография, в том числе с контрастированием;
- магнитно-резонансная томография, в том числе с контрастированием;
- ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы;
- эндоскопические диагностические исследования;
- гистологические исследования и молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии.

б) **медицинские услуги, оказываемые:**

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

- коронароангиография;
- гемодиализ интермиттирующий высокопоточный;
- иммуногистохимические исследования операционно-биопсийного материала 1 и 2 уровней сложности (прижизненные);
- жидкостная цитология при заболеваниях шейки матки;
- УЗИ экспертного уровня диагностики беременных 1 и 2 триместра;
- рентгеновская остеоденситометрия аксиальная;

б) в рамках сверх базовой 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;

- пренатальная (дородовая) диагностика в части генетического обследования беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития и хромосомных заболеваний у плода, неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетической консультацией государственного бюджетного учреждения Республики Марий Эл «Перинатальный центр»;

5) **стоматологическую помощь** в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе оказываемую специалистами выездных поликлиник, выездных стоматологических кабинетов, оплачиваемую за посещение и обращение, в том числе при

оказании стоматологической помощи во время нахождения пациента на стационарном лечении.

При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи по посещениям и обращениям 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 6 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.

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

В целях учета объемов медицинской помощи лечение в течение одного месяца учитывается как одно обращение (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца).

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

24. 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.

25. Медицинские организации для оплаты медицинской помощи ведут отдельный учет посещений с профилактической целью, посещений с иными целями, посещений в связи с оказанием неотложной медицинской помощи, обращений по поводу заболеваний, в том числе к медицинским работникам,

имеющим среднее медицинское образование, ведущим самостоятельный прием.

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

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

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

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

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

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

28. 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 оказания медицинской помощи в условиях стационара.

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

29. Формирование КПП осуществляется на основе профилей

медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи».

Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях.

30. Общие правила и особенности отнесения случаев оказания стационарной медицинской помощи к отдельным КСГ и их оплаты представлены в приложении № 6 к Тарифному соглашению.

Отнесение к клинико-статистическим группам (клинико-профильным группам) в условиях стационара по кодам Номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н (далее - Номенклатура медицинских услуг) (хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг представлено в приложении № 7 к Тарифному соглашению.

Отнесение к клинико-статистическим группам (клинико-профильным группам) в условиях стационара по кодам терапевтических диагнозов в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее - МКБ-10) представлено в приложении № 8 к Тарифному соглашению.

31. Особенности отнесения случаев оказания стационарной медицинской помощи онкологического профиля к отдельным КСГ и их оплаты представлены в приложении № 9 к Тарифному соглашению.

Справочник схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы, представлен в приложении № 10 к Тарифному соглашению.

Справочник МНН лекарственных препаратов (сочетания МНН лекарственных препаратов), применяемых в сочетании с лучевой терапией, с указанием для каждой позиции номеров КСГ, к которым может быть отнесен случай госпитализации с применением данного МНН лекарственного препарата (сочетания МНН лекарственных препаратов) представлены в приложении № 11 к Тарифному соглашению.

32. Коэффициент относительной затратноёмкости в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования определен для каждой КСГ и КПГ на федеральном уровне и не может быть изменен при установлении тарифов.

33. Управленческий коэффициент устанавливается на территориальном уровне, применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней

оказания медицинской помощи.

34. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи устанавливается на территориальном уровне, в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций в соответствии с действующим законодательством.

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

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

Перечень КСГ стационара, к которым не применяется коэффициент уровня, установлен в приложении № 12 к Тарифному соглашению.

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

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

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

Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в приложении № 6 к Тарифному соглашению.

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

1) в случае выписки (перевода) пациента из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию оплате подлежит каждый случай лечения заболевания в стационаре в размере 100% от стоимости соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами. При этом дата выписки (перевода) из одной медицинской организации может совпадать с датой поступления в другую медицинскую организацию;

2) в случае перевода пациента в пределах одной медицинской организации в условиях стационара в другое профильное отделение, по поводу



одного основного заболевания (состояния), входящего в один класс МКБ-10 (включая лечение осложнений или сопутствующих заболеваний), оплате подлежит один случай лечения заболевания в размере 100% от стоимости КСГ с наибольшим размером оплаты, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами;

3) в случае перевода пациента в пределах одной медицинской организации в условиях стационара в другое профильное отделение, по поводу нового основного заболевания (состояния), входящего в другой класс МКБ-10 (в т.ч. при переходе сопутствующего заболевания по первому случаю в другое основное заболевание), оплате подлежит каждый случай лечения заболевания в стационаре в профильных отделениях в размере 100% от стоимости соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами. При этом дата перевода из одного профильного отделения может совпадать с датой начала лечения в другом профильном отделении;

4) в случае изменения условий оказания медицинской помощи **в пределах одной медицинской организации** при выписке (переводе) пациента из стационара в дневной стационар при стационаре или при поликлиническом подразделении (за исключением случаев медицинской реабилитации), в стационар на дому, выписке (переводе) пациента из дневного стационара при стационаре или при поликлиническом подразделении в стационар, оплате подлежит каждый случай лечения заболевания в стационаре и/или в дневном стационаре в размере 100% от стоимости соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами. При этом дата перевода может совпадать с датой начала лечения в стационаре и/или в дневном стационаре.

38. 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.

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

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

41. В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской

организации, где произошли роды.

## **§ 2. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в условиях стационара**

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

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

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

45. Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), выполняемых медицинскими организациями на территории Республики Марий Эл, содержащий, в том числе код и наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи, коды диагнозов по МКБ-10, модель пациента, код и наименование модели пациента, код и наименование метода лечения, код законченного случая ВМП в соответствии с Республиканским классификатором медицинских услуг, устанавливается в приложении № 13 к Тарифному соглашению.

46. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии **кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения** аналогичным параметрам, установленным в Перечне, указанном в приложении № 13 к Тарифному соглашению.

В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, указанному в приложении № 13 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.

47. 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.

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

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

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

49. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи устанавливается в приложении № 14 к Тарифному соглашению.

50. Особенности отнесения к КСГ случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара и их оплаты представлены в приложении № 6 к Тарифному соглашению.

Отнесение к клинико-статистическим группам в условиях дневного стационара по кодам номенклатуры медицинских услуг (хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг представлено в приложении № 15 к Тарифному соглашению.

Отнесение к клинико-статистическим группам в условиях дневного стационара по кодам терапевтических диагнозов в соответствии со справочником «Международная классификация болезней МКБ-10» (МКБ-10) представлено в приложении № 16 к Тарифному соглашению.

51. Особенности отнесения к КСГ случаев оказания медицинской помощи онкологического профиля в условиях дневного стационара и их оплаты представлены в приложении № 6 к Тарифному соглашению.

Справочник схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы, представлен в приложении № 10 к Тарифному соглашению.

Справочник МНН лекарственных препаратов (сочетания МНН лекарственных препаратов), применяемых в сочетании с лучевой терапией, с указанием для каждой позиции номеров КСГ, к которым может быть отнесен

случай госпитализации с применением данного МНН лекарственного препарата (сочетания МНН лекарственных препаратов) представлены в приложении № 11 к Тарифному соглашению.

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

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

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

Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в приложении № 6 к Тарифному соглашению.

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

55. 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.

56. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги гемодиализа интермиттирующего высокопоточного, оплата в условиях дневного стационара осуществляется за услугу гемодиализа только в сочетании с КСГ ds18.002 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ».

Случаи лекарственной терапии у пациентов, получающих гемодиализ в дневном стационаре (КСГ ds18.002), предъявляются к оплате за один месяц лечения. В период лечения в дневном стационаре пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

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

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

57. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

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

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

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной бригадой отделения обеспечения экстренной и консультативной медицинской помощи, и медицинской эвакуации, 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.

58. 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.

59. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь, представлен в приложении № 17 к Тарифному соглашению.

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

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

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

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

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

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

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

Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также в случаях, установленных Федеральным законом № 326-ФЗ, - в рамках базовой 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 оказания медицинской помощи, базовых тарифов на единицу объема медицинской помощи.

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.

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

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

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

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

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

63. 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 2019 г. № 50-З «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».

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

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

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

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

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

67. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет **4 366,55 рублей**.

68. **Базовый (средний) подушевой норматив** составляет **88,86 рублей** в месяц на одно застрахованное лицо.

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

- 0-1 год мужчины – 4,7813;
- 0-1 год женщины – 4,7942;
- 1-4 года мужчины – 3,3189;
- 1-4 года женщины – 3,2232;
- 5-17 лет мужчины – 1,7316;
- 5-17 лет женщины – 1,7373;
- 18-64 года мужчины – 0,4418;
- 18-64 года женщины – 0,6847;
- 65 лет и старше мужчины – 1,6;
- 65 лет и старше женщины – 1,6.

70. К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала применяются коэффициенты дифференциации в размере:

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

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

Перечень медицинских организаций, для которых применяется коэффициент дифференциации, установлен в приложении № 18 к Тарифному соглашению.

71. Размер финансового обеспечения ФАПов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации составляет:

- ФАП, обслуживающий от 100 до 900 жителей, - 957,2 тыс. рублей;
- ФАП, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, - 1 516,4 тыс. рублей;



- ФАП, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, - 1 702,8 тыс. рублей.

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

72. Оплата **посещений с профилактической целью** осуществляется по тарифам:

1) за законченный случай (комплексное посещение) в связи с проведением первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения Республики Марий Эл при условии выполнения не менее 85% от объема первого этапа диспансеризации, включая обязательные мероприятия и исследования, установленные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (приложение № 19 к Тарифному соглашению);

2) за законченный случай (комплексное посещение) в связи с проведением диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, согласно приказам Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства здравоохранения Республики Марий Эл (приложение № 20 к Тарифному соглашению);

3) за законченный случай (комплексное посещение) в связи с проведением диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, согласно приказам Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства здравоохранения Республики Марий Эл (приложение № 20 к Тарифному соглашению);

4) за законченный случай (комплексное посещение) в связи с проведением профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, согласно приказам Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства здравоохранения Республики Марий Эл (приложение № 21 к Тарифному соглашению);

5) за законченный случай (комплексное посещение) при проведении профилактического медицинского осмотра взрослого населения, при условии выполнения не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра, включая обязательные мероприятия, установленные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (приложение № 22 к Тарифному соглашению);

73. Тарифы на профилактические осмотры и проведение диспансеризации установлены с учетом работы медицинских организаций в выходные дни. При проведении профилактических осмотров и диспансеризации мобильными медицинскими бригадами применяется коэффициент 1,05.

74. Оплата **посещений с иными целями** осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 23 к Тарифному соглашению и в приложении № 19 к Тарифному соглашению (за осмотр (консультацию), исследование, иное медицинское мероприятие в связи с проведением II этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения Республики

Марий Эл, согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации)

75. Оплата посещений **в неотложной форме** осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 23 к Тарифному соглашению.

76. Оплата **за обращение по поводу заболевания** осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 23 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 № 24 к Тарифному соглашению.

77. Оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 2 к Тарифному соглашению.

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

79. Базовый тариф на оплату **гемодиализа** (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») составляет **5 583,92 рублей**.

При оплате других услуг гемодиализа с учетом применения различных методов, к базовому тарифу применяются коэффициенты относительной затратноёмкости, представленные в приложении № 25 к Тарифному соглашению.

Дополнительный объем страхового обеспечения при проведении диализа в рамках сверх базовой программы обязательного медицинского страхования составляет **133,40 рублей** за медицинскую услугу.

80. Оплата **стоматологической помощи** производится по тарифам, согласно приложению № 23 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 № 26 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)

81. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет **5 581,73 рублей**.

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

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

б) коэффициент относительной затроемкости;

в) поправочные коэффициенты:

1) управленческий коэффициент;

2) коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи;

3) коэффициент сложности лечения пациента.

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

- в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – **22 799,68 рублей**;

- в рамках сверх базовой программы обязательного медицинского страхования – **20 108,46 рублей**;

84. Перечень КСГ (КПП), соответствующих им коэффициентов относительной затроемкости (в том числе КСГ, в составе которых с учетом дополнительных критериев выделены подгруппы), управленческих коэффициентов и тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, без учета коэффициентов уровня и сложности лечения пациента установлены в приложении № 27 к Тарифному соглашению.

85. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях установлены в приложении № 5 к Тарифному соглашению.

86. Коэффициенты сложности лечения пациента установлены в приложении № 28 к Тарифному соглашению.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

87. Тарифным соглашением устанавливаются следующие особенности оплаты счетов за прерванные случаи оказания медицинской помощи в

условиях стационара:

1) В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ или КПП;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ или КПП.

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 в размере 50% от стоимости КСГ.

4) В случае, если при проведении лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией длительность лечения составляет 3 дня и менее – случаи подлежат оплате 50% от стоимости КСГ.

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

88. Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат установлены в приложении № 13 к Тарифному соглашению.

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

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

89. Оплата медицинской помощи за услугу гемодиализа в стационаре как составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации, за каждую процедуру гемодиализа, осуществляется по базовому тарифу на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ»), установленному в пункте 79 Тарифного соглашения, с использованием коэффициентов относительной затратноёмкости, представленных в приложении № 25 к Тарифному соглашению, исходя их применяемых методов гемодиализа.

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

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

90. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет **1 244,93 рублей**.

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

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

б) коэффициент относительной затратноёмкости;

в) поправочные коэффициенты:

1) управленческий коэффициент;

2) коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи;

3) коэффициент сложности лечения пациента.

92. Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) составляет **12 272,64 рублей**.

93. Перечень КСГ, соответствующих им коэффициентов относительной затратноёмкости (в том числе КСГ, в составе которых с учетом дополнительных критериев выделены подгруппы), управленческих коэффициентов и тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, без учета коэффициентов уровня и сложности лечения пациента установлены в приложении № 29 к Тарифному соглашению.

94. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара установлены в приложении № 14 к Тарифному соглашению;

95. Коэффициенты сложности лечения пациента установлены в приложении № 28 к Тарифному соглашению.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

96. Оплата медицинской помощи за услугу гемодиализа в дневном стационаре как составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения, за каждую процедуру гемодиализа, осуществляется по базовому тарифу на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ»), установленному в пункте 79 Тарифного соглашения, с использованием коэффициентов относительной затратноёмкости, представленных в приложении № 25 к Тарифному соглашению, исходя их применяемых методов гемодиализа.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации для оплаты услуги гемодиализа в дневном стационаре не

применяется.

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

1) В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющаяся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

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

2) Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводилось, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

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

98. 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 **638,69 рублей**.

99. **Базовый (средний) подушевой норматив финансирования** скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) составляет **52,23 рублей** в месяц на одно застрахованное лицо.

100. Оплата вызова скорой медицинской помощи осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 30 к Тарифному соглашению.

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

101. Перечень финансовых санкций, применяемых к медицинским организациям, за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также коэффициенты для определения размера неполной оплаты медицинской помощи и коэффициенты для определения размеров штрафов в соответствии

Правилами обязательного медицинского страхования, приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36, указан в приложении № 31 к Тарифному соглашению и включается в договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

102. Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл санкции, указанные в приложении № 31 к Тарифному соглашению, применяются к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, и при осуществлении территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл контроля за деятельностью страховой медицинской организации.

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

## **Раздел V. Заключительные положения**

104. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2020 года и действует по 31 декабря 2020 года.

105. Все изменения и дополнения в настоящее Тарифное соглашение действительны, если они составлены в письменной форме и подписаны Сторонами. Материалы для внесения изменений и дополнений в настоящее Тарифное соглашение в рамках предоставленных полномочий подготавливаются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Марий Эл.

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

107. Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются:

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

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

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

Приложение № 4 Перечень фельдшерско-акушерских пунктов и расходы на их финансовое обеспечение в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий размерами;

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

Приложение № 6 Особенности отнесения случаев оказания медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара к отдельным КСГ и их оплаты;

Приложение № 7 Отнесение к клинико-статистическим группам (клинико-профильным группам) в условиях стационара по кодам номенклатуры медицинских услуг (хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг;

Приложение № 8 Отнесение к клинико-статистическим группам (клинико-профильным группам) в условиях стационара по кодам терапевтических диагнозов в соответствии со справочником «Международная классификация болезней МКБ-10» (МКБ-10);

Приложение № 9 Особенности отнесения к КСГ случаев оказания медицинской помощи онкологического профиля в условиях стационара и дневного стационара и их оплаты;

Приложение № 10 Справочник схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей);

Приложение № 11 Справочник МНН лекарственных препаратов (сочетания МНН лекарственных препаратов), применяемых в сочетании с лучевой терапией, с указанием для каждой позиции номеров КСГ, к которым может быть отнесен случай госпитализации с применением данного МНН лекарственного препарата (сочетания МНН лекарственных препаратов);

Приложение № 12 Перечень КСГ стационара, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи;

Приложение № 13 Перечень видов и методов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), выполняемых медицинскими организациями на



территории Республики Марий Эл;

Приложение № 14 Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара;

Приложение № 15 Отнесение к клинико-статистическим группам в условиях дневного стационара по кодам номенклатуры медицинских услуг (хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг;

Приложение № 16 Отнесение к клинико-статистическим группам в условиях дневного стационара по кодам терапевтических диагнозов в соответствии со справочником «Международная классификация болезней МКБ-10» (МКБ-10);

Приложение № 17 Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

Приложение № 18 Перечень медицинских организаций для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

Приложение № 19 Тарифы проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения;

Приложение № 20 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 № 21 Тарифы законченного случая проведения медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них;

Приложение № 22 Тарифы законченного случая проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения;

Приложение № 23 Базовые тарифы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях;

Приложение № 24 Тарифы на обращения по поводу отдельных заболеваний (в том числе с применением медицинских технологий);

Приложение № 25 Коэффициенты относительной затроемкости на услуги гемодиализа;

Приложение № 26 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 № 27 Перечень клинико-профильных и клинико-статистических групп стационара и соответствующие им тарифы;

Приложение № 28 Перечень случаев, для которых установлен

коэффициент сложности лечения пациента;


Приложение № 29 Перечень клинико-профильных и клинико-статистических групп дневного стационара и соответствующие им тарифы;

Приложение № 30 Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи;

Приложение № 31 Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и коэффициентов для определения размера неполной оплаты медицинской помощи /штрафа.

### Подписи

от Министерства здравоохранения  
Республики Марий Эл

  
\_\_\_\_\_ М.В.Панькова

от территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования Республики  
Марий Эл

  
\_\_\_\_\_ Т.К.Груздева

от страховых медицинских организаций

  
\_\_\_\_\_ С.С.Попова

от Марийской республиканской  
организации профсоюза работников  
здравоохранения Российской  
Федерации

  
\_\_\_\_\_ И.В.Скидан

от Региональной общественной  
организации «Ассоциация врачей  
Республики Марий Эл»

  
\_\_\_\_\_ Д.Ф.Зверев