**Приложение № 1**

**к Соглашению от 16 января 2019 г.**

**ПОРЯДОК**

**расчета тарифов на оплату медицинской помощи**

**по обязательному медицинскому страхованию**

1.Общие положения

1.1. Настоящий Порядок разработан в соответствии с разделом XI «Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» Приказа Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования «Способы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ) (далее -Рекомендации), с письмами Министерства здравоохранения Российской Федерации о формировании и экономическом обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и устанавливает общие подходы к расчетам тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС в медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

1.2. Основными принципами формирования тарифов являются:

- Единство единиц планирования, учета и оплаты медицинской помощи.

- Включение в тариф статей затрат, предусмотренных за счет средств ОМС.

1.3. Формирование тарифов на оплату медицинской помощи осуществляется в пределах утвержденных средств бюджета Фонда на соответствующий финансовый год.

1.4. Структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется действующим Соглашением и включает в себя статьи затрат, установленные Территориальной программой обязательного медицинского страхования.

1.5. Тарифы на медицинскую помощь (услуги) представляют отдельную группу ценовых показателей, в денежном выражении определяющих уровень возмещения и состав компенсируемых расходов единицы объема медицинской помощи за счет средств ОМС.

1.6. В расчет тарифов включаются затраты медицинских организаций, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинских организаций в целом, но не потребляемые в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

За единицу объема стационарной медицинской помощи принимается 1 случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний, медицинская услуга.

За единицу объема в реабилитационных отделениях принимается 1 случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний.

За единицу объема стационарозамещающих видов медицинской помощи принимается 1 случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний.

За единицу объема амбулаторно-поликлинической помощи принимается посещение с профилактической и иными целями; обращение по поводу заболевания; посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, медицинская услуга.

За единицу объема скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации) принимается вызов.

2.Расчет тарифов на оплату медицинской помощи

2.1.Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются по уровням и группам оказания медицинской помощи.

2.2. Тарифы определяются по следующим формулам.

*2.2.1.Стационар круглосуточного пребывания:*

а) Нормативы финансовых затрат на один случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний или клинико – профильную группу (ксг/кпг).

Стоимость 1 случая оказания госпитализации в условиях круглосуточного стационара определяется по формуле:

ССксг/кпгкс = БСкс х КЗксг/кпг х КУС мо х КУ х КСЛП, где

БСкс – размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) в круглосуточном стационаре);

КЗксг – Коэффициент относительной затратоемкости по КСГ устанавливается на федеральном уровне;

КУСмо – Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КУ – Коэффициент управленческий по КСГ;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациентов;

Поправочные коэффициенты (КУСмо ; КУ; КСЛП) устанавливаются на территориальном уровне по решению Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема (тариф на оплату ВМП) предоставления высокотехнологичной медицинской помощи устанавливаются на федеральном уровне.

***2.2.2.****Дневной стационар*

а) Нормативы финансовых затрат на один случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ.

Стоимость 1 случая госпитализации в условиях дневных стационаров определяется по формуле:

ССксгдс = БСдс х КЗксг х КУС мо х КУ х КСЛП, где

БСдс – размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) в дневном стационаре;

КЗксг – Коэффициент относительной затратоемкости по КСГ устанавливается на федеральном уровне;

КУСмо – Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в дневном стационаре в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КУ – Коэффициент управленческий КСГ;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациентов.

Поправочные коэффициенты (КУСмо; КУ; КСЛП) устанавливаются на территориальном уровне по решению Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема (тариф на оплату ВМП) предоставления высокотехнологичной медицинской помощи устанавливаются на федеральном уровне.

*2.2.3. Амбулаторно-поликлиническая помощь*

Тnki= НФЗki, где

Тnki – тариф на посещение по i - той врачебной (средний медицинский персонал) специальности k-того уровня оказания медицинской помощи.

НФЗki –норматив финансовых затрат на посещение по i- той врачебной (средний медицинский персонал) специальности k-того уровня оказания медицинской помощи.

*2.2.4. Скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации)*

Тсki= НФЗki, где

Тсki – тариф на вызов по i- му вызову k-того уровня оказания медицинской помощи.

НФЗki –норматив финансовых затрат на вызов.