**Приложение 3**

к Тарифному соглашению

**Порядок расчета стоимости медицинской помощи, оказанной**

**в условиях дневных стационаров**

1. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках реализации территориальной программы ОМС в условиях дневных стационаров, осуществляется за законченный случай по тарифу МЭС и на основе клинико-профильных групп (далее - КПГ).

2. Для расчета стоимости медицинской помощи медицинские организации формируют базу данных медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам, с заполнением всех обязательных полей, предусмотренных программными продуктами:

2.1. тип документа (полис, паспорт, др.),

2.2. серия и номер полиса ОМС,

2.3. наименование СМО, выдавшей полис ОМС,

2.4. страховой статус (застрахован, иногородний…),

2.5. фамилия, имя, отчество (полностью в разных полях),

2.6. пол (мужской, женский),

2.7. дата рождения (число, месяц, год),

2.8. код МЭС (КПГ) ,

2.9. код по МКБ-10,

2.10. код поликлиники по месту прикрепления пациента;

2.11. номер карты амбулаторного больного,

2.12. код врача,

2.13. фактическое количество пациенто-дней,

2.14. дата начала лечения,

2.15. дата окончания лечения,

2.16. код отделения (кабинета),

2.17.  форма оказания помощи (плановая, неотложная, экстренная).

3. Стоимость медицинской помощи за законченный случай по тарифу МЭС складывается из стоимости лечения в части расходов на заработную плату и начисления на выплаты по оплате труда, стоимости лечения в части расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь, продукты питания и стоимости расходов на содержание медицинской организации, по формуле:

С = С1+С2+С3 (1), где

С1 – стоимость медицинской помощи в части расходов на заработную плату и начислений на выплаты по оплате труда,

С2 – стоимость медицинской помощи в части расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь, продукты питания,

С3 – стоимость медицинской помощи в части расходов на содержание медицинской организации.

Расчет стоимости медицинской помощи производится по тарифам в соответствии с установленным для медицинской организации уровнем оказания медицинской помощи и группами по оплате труда и расходов на содержание медицинской организации (Приложение 7 к Тарифному соглашению).

3.1. Стоимость лечения застрахованного лица в условиях дневных стационаров в части расходов на заработную плату и начисления на выплаты по оплате труда определяется исходя из фактически выполненных объемов (пациенто-дней), но не более стоимости тарифа МЭС, по формуле:

С1= (СТ1+СТ2) / К \* Кф (2), где

СТ1 – тариф МЭС в части заработной платы,

СТ2 – тариф МЭС в части начислений на выплаты по оплате труда,

К – количество пациенто-дней по МЭС,

Кф - фактическое количество пациенто-дней.

3.2. Стоимость лечения в условиях дневных стационаров в части расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь определяется в зависимости от сроков лечения.

Если фактическое количество пациенто-дней больше 80% значения по МЭС, стоимость лечения определяется по формуле:

## С2 = Ст (3), где

Ст – тариф МЭС в части расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь.

При фактическом количестве дней пребывания на койке меньше или равно 80% значения по МЭС стоимость лечения определяется по формуле:

## С2 = Ст / К \* Кф (4), где

Ст – тариф МЭС в части расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь,

К – количество пациенто-дней по МЭС,

Кф - фактическое количество пациенто-дней.

3.3. Стоимость медицинской помощи в части расходов на содержание  медицинской организации определяется исходя из фактически выполненных объемов помощи, но не более тарифа МЭС, по формуле:

## С3 = Сс / К \* Кф (5), где

Сс – тариф МЭС в части расходов на расходов на содержание медицинской организации,

К – объем помощи по МЭС (пациенто-день),

Кф - фактическое количество объема помощи.

4. При расчете стоимости лечения к тарифу могут применяться индивидуальные коэффициенты к статьям затрат, включенным в тариф, в зависимости от особенностей медицинской организации.

5. При проведении диализа стоимость процедуры диализа равна тарифу МЭС. Допускается одновременное включение в реестры счетов на оплату медицинской помощи законченных случаев проведения процедуры гемодиализа в период оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях.

6. Порядок расчета стоимости медицинской помощи на основе групп, объединяющих заболевания в клинико-профильные группы определен Приложении 4 к Тарифному соглашению.