

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИ-  
ЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН  
на 2021 год**

г.Махачкала

«30» декабря 2020 г.

**1. Общие положения**

**1.1. Представители сторон, заключивших Тарифное соглашение,**

Министерство здравоохранения Республики Дагестан в лице:

Министра здравоохранения Республики Дагестан (председателя Комиссии)  
Гаджибрагимова Джамалудина Алиевича;

Заместителя министра здравоохранения Республики Дагестан Рамазанова  
Мазая Бадукаевича;

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования  
Республики Дагестан в лице:

Врио директора Территориального фонда обязательного медицинского стра-  
хования Республики Дагестан (заместителя председателя Комиссии) Мамаева  
Ильяса Ахмедовича;

Заместителя директора Территориального фонда обязательного медицинско-  
го страхования Республики Дагестан Ахмедова Махмуд-Апанди Гаджимагомедо-  
вича;

Заместителя председателя Дагестанского республиканского союза  
организаций профсоюзов в лице заместителя председателя Билалова Мусы  
Исаевича;

Председателя Дагестанской республиканской организации профсоюзов  
работников здравоохранения Российской Федерации в лице Бучаевой Зумруд  
Камиловны;

Директора филиала АО «Макс-М» в г. Махачкале (по согласованию) Залбе-  
кова Далгата Магомедсаидовича;

Директора филиала общества с ограниченной ответственностью «ВТБ меди-  
цинское страхование в Республике Дагестан» (по согласованию) Ибрагимова Иб-  
рагима Магомедовича;

Президента республиканской общественной организации «Ассоциация  
врачей Дагестана» (по согласованию) Муртазалиева Магомеда Гитиновича;

Председателя отделения Первой Общероссийской ассоциации врачей  
частной практики в Республике Дагестан Аскерханова Гамида Рашидовича,  
именуемые в дальнейшем Стороны, в соответствии с частью 2 ст. 30  
Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском  
страховании в Российской Федерации» заключили настоящее Тарифное

соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Дагестан (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем.

## 1.2. Нормативные правовые акты

Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

Федеральными законами:

от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Закон №323-ФЗ);

от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее Закон №326-ФЗ);

постановлениями Правительства Российской Федерации:

от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»;

от 07.12. 2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;

постановлениями Правительства Республики Дагестан:

от 27.12.2019 №345 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Дагестан на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;

приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее - Правила ОМС);

от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»;

приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;

от 13.10.2017 № 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (далее - Номенклатура);

от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;

от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных

и условиям оказания медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

1.3.4. Тарифное соглашение распространяется на всех участников ОМС при выполнении Территориальной программы.

1.3.5. Рассмотрение тарифов и формирование Тарифного соглашения в соответствии с законодательством Российской Федерации, осуществляется Комиссией по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Дагестан, образованной постановлением Правительства Республики Дагестан от 31 мая 2012 г. № 194 ( в ред. от 14.11.2019 г. №290) (далее - Комиссия).

1.3.6. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы, производится в соответствии с заключенными договорами на оказание и оплату медицинской помощи в сфере ОМС, Правилами обязательного медицинского страхования, настоящим Тарифным соглашением, а также иными нормативными правовыми документами в сфере ОМС, утвержденными в установленном порядке.

1.3.7. Реализация Территориальной программы обеспечивается в соответствии с трехуровневой системой организации медицинской помощи.

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи должны определяться дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

1) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений 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) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений 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) коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

#### **1.4. Основные понятия и термины**

В рамках настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и их определения:

*ОМС* - обязательное медицинское страхование;

*ТФОМС РД* - Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Дагестан;

*СМО (страховая медицинская организация)* - страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Дагестан;

*МО (медицинская организация)* - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования Республики Дагестан;

*✓ тариф на медицинскую услугу* – денежная сумма, определяющая уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации, связанных с оказанием медицинской помощи в рамках Территориальной программы;

*✓ структура тарифа* - перечень видов расходов МО по статьям экономической классификации, подлежащих финансированию из средств ОМС;

*медицинская помощь*, - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

*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;

*высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП)* - медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи и включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники;

*посещение (в том числе при оказании медицинской помощи в неотложной форме)* - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебной целью, которая используется для планирования нормативов объема и финансового обеспечения в рамках Территориальной программы;

*обращение по поводу заболевания* - законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее 2 посещений по поводу одного заболевания.

Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар;

*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);

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

*базовая ставка* - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный на основе нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой (средняя стоимость законченного случая лечения);

*коэффициент относительной затроемкости* - устанавливаемый настоящими 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);

*поправочные коэффициенты* - устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов;

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

*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;

*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;

*коэффициент сложности лечения пациентов* - 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 дифференциации Республики Дагестан* - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов, равный для Республики Дагестан 1,006;

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

*МО – заказчик* – медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в условиях круглосуточного или дневного стационаров, выдавшая застрахованному лицу направление для получения внешних медицинских услуг в амбулаторных условиях;

*МО – исполнитель* – медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающая внешние медицинские услуги застрахованным лицам по направлениям, выданным медицинскими организациями-заказчиками.

## **2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Республики Дагестан в 2019 году**

### **2.1. Общие положения**

Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС, установлены Территориальной программой, утвержденной в составе Программы государственных гарантий, в соответствии со статьей 36 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Республики Дагестан осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом требований Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденного приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС) от 28.02.2019г. №36.

Медицинская помощь, оказанная МО пациенту, застрахованному по ОМС на территории Республики Дагестан, оплачивается СМО, в которой застрахован гражданин на дату завершения случая оказания медицинской помощи. Оплата медицинской помощи, оказанной МО застрахованному лицу, производится СМО в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность и договором на оказание и оплату медицинской помощи в сфере ОМС в соответствии с установленными способами оплаты медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании предоставленных МО реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по ОМС. Реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи по ОМС предоставляются ежемесячно в сроки, определенные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС между МО и СМО.

Оплата медицинской помощи, оказанной в МО Республики Дагестан лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации, оплачивается ТФОМС РД и подлежит возмещению территориальными фондами обязательного

медицинского страхования иных субъектов Российской Федерации в соответствии с Правилами ОМС.

При отсутствии возможности оказания застрахованным лицам первичной медико-санитарной помощи в полном объеме и на условиях, определенных Территориальной программой (отсутствие или длительное отсутствие врача-специалиста, отсутствие возможности проведения тех или иных диагностических исследований, отсутствие допустимых санитарно-эпидемиологических условий и (или) иных условий для проведения лабораторных исследований и др.) МО обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг в других МО в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

✓ Оплата осуществляется по полному тарифу, включающему статьи расходов, входящие в структуру тарифа в соответствии с ч.7 ст.35 Закона № 326-ФЗ: 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 МО лаборатории, диагностического оборудования, организации питания (при отсутствии организованного питания в МО), 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 МО, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Республики Дагестан в зависимости от условий ее предоставления производится способами, представленными в пунктах: 2.2, 2.3, 2.4, 2.5.

Перечень МО по условиям и уровням оказания медицинской помощи представлен в Приложениях № 1, 1.1, 1.2, 1.3 и 1.4.

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

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установлены следующие способы оплаты.

Для МО, имеющих прикрепившихся застрахованных лиц:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов) - в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицин-

скую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за 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, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний).
- по размеру финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой на 2020 год, при условии их соответствия требованиям установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оплата за единицу объема медицинской помощи осуществляется в соответствии с утвержденными тарифами:

1) за посещение в неотложной форме, в том числе для застрахованных лиц, прикрепившихся к другим МО, и включает оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

2) за посещение с профилактической целью, обращение по заболеванию в амбулаторных условиях по профилю «Стоматология»;

3) за комплексное посещение: для проведения профилактических медицинских осмотров (включая 1-е посещение в году для проведения диспансерного наблюдения), для проведения диспансеризации.

4) за медицинскую услугу: услугу гемодиализа, перитонеального диализа;

5) за медицинскую услугу: при проведении компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний;

✓ Без направления осуществляется прием застрахованных лиц врачами, оказывающими медицинскую помощь:

- по профилю «Дерматовенерология» (в части дерматологии);

- по профилю «Акушерство-гинекология» для женских консультаций функционирующих в составе родильных домов;

- по профилю «Гериатрия»;



- в медицинских организациях, функционирующих как структурные подразделения республиканских центров, диспансеров по профилям «Кардиология», «Эндокринология», «Онкология»;

- в центрах здоровья, в том числе центре здоровья, функционирующего при ГБУ РД «Республиканский центр медицинской профилактики»;

- в отделениях амбулаторной травмы по перечню МО, согласно приложению № 4-а.

Для МО, не имеющих прикрепившихся лиц:

Оказание МО, не имеющим прикрепленного населения, медицинской помощи в плановой форме (посещения, обращения по поводу заболевания), лечебно-диагностических услуг застрахованным лицам, прикрепившимся к другим МО, осуществляется при наличии направления лечащего врача МО, выбранной пациентом для получения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в рамках процедуры маршрутизации, установленной Министерством здравоохранения Республики Дагестан, за исключением медицинской помощи по профилям, «Дерматовенерология», «Стоматология» и медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме.

Стоимость посещения, обращения по поводу заболевания включает посещение (консультацию) специалиста, врачебную манипуляцию и назначенные им обследования, за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний)

2.2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования используется при оплате амбулаторной медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Республики Дагестан, МО в соответствии с Перечнем МО, участвующих в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, оказанной в сфере ОМС (Приложение №12).

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются:

– расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

– расходы на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Программой размерами

финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов;

– расходы на оплату проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний) в соответствии с нормативами;

– расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

– расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

– расходы на оплату стоматологической медицинской помощи;

<b>13</b>	<b>ds13</b>	<b>Кардиология</b>					
31	ds13.001	Болезни системы кровообращения, взрослые	10,4	15 205,62	0,80	1,000	12 164,50
32	ds13.002	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов	7,8	15 205,62	3,39	1,000	51 547,05
33	ds13.003	Лечение наследственных атерогенных нарушений липидного обмена с применением методов афереза (липидная фильтрация, афинная и иммуносорбция липопротеидов) в случае отсутствия эффективности базисной терапии	10,2	15 205,62	5,07	1,000	77 092,49
<b>15</b>	<b>ds15</b>	<b>Неврология</b>					
36	ds15.001	Болезни нервной системы, хромосомные аномалии	10,2	15 205,62	0,98	1,000	14 901,51
37	ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)	7	15 205,62	1,75	1,000	26 609,84
38	ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)	7	15 205,62	2,89	1,000	43 944,24

<b>27</b>	<b>ds27</b>	<b>Терапия</b>					
102	ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин	8,2	15 205,62	0,74	1,000	11 252,16