

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 29 декабря 2020 г. N 1397н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ТРЕБОВАНИЙ
К СТРУКТУРЕ И СОДЕРЖАНИЮ ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ

Список изменяющих документов
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

В соответствии с [частью 2 статьи 30](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2020, N 50, ст. 8075) и [подпунктом 5.2.136\(2\)](#) Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3526; Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 2020, 21 декабря, N 0001202012210065), приказываю:

Утвердить прилагаемые [Требования](#) к структуре и содержанию тарифного соглашения.

Министр
М.А.МУРАШКО

Утверждены
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 29 декабря 2020 г. N 1397н

ТРЕБОВАНИЯ К СТРУКТУРЕ И СОДЕРЖАНИЮ ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ

Список изменяющих документов
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

1. Настоящие Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, заключаемого между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со [статьей 76](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" <1> (далее - Федеральный закон N 323-ФЗ), и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями) (далее - тарифное соглашение), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - комиссия), устанавливаются в соответствии с [частью 2 статьи 30](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" <2> (далее - Федеральный закон N 326-ФЗ).

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2018, N 53, ст.

8415.

<2> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2020, N 50, ст. 8075.

2. Тарифное соглашение состоит из следующих разделов:

1) общие положения;

2) способы оплаты медицинской помощи, применяемые в субъекте Российской Федерации;

3) тарифы на оплату медицинской помощи;

4) размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

5) заключительные положения.

3. По решению субъекта Российской Федерации в тарифном соглашении отдельным разделом может быть предусмотрено определение распределения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, между медицинскими организациями.

4. Раздел "Общие положения" должен содержать сведения об основаниях заключения тарифного соглашения (нормативные правовые акты, в соответствии с которыми разрабатывалось и заключалось тарифное соглашение), о предмете тарифного соглашения, представителях сторон комиссии, заключивших тарифное соглашение.

В раздел "Общие положения" может также включаться иная информация в части общих положений (основные термины, определения и прочее).

5. Раздел "Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в субъекте Российской Федерации" должен содержать сведения о применяемых способах оплаты медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, утверждаемой в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи <3>, в медицинских организациях:

<3> [Часть 1 статьи 35](#) Федерального закона N 326-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422).

1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

1.1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), установленных в [приложении](#) к настоящим Требованиям, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи.

В рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при финансовом обеспечении первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи могут выделяться подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилю

"Акушерство и гинекология" и (или) "Стоматология", по которым осуществляется оплата первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи соответственно по профилю "Акушерство и гинекология" и "Стоматология". В подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилям "Акушерство и гинекология" и "Стоматология" включаются расходы на медицинскую помощь соответственно по профилю "Акушерство и гинекология" и "Стоматология", оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи. В случае выделения подушевых нормативов финансирования по профилю "Акушерство и гинекология" и (или) "Стоматология" оплата иной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, а также молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц), осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, рассчитанному с учетом выделения объемов финансового обеспечения оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю "Акушерство и гинекология" и (или) "Стоматология" в отдельные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным [законом](#) N 323-ФЗ; (пп. 1.1 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

1.2) за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу).

Способ оплаты медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) используется при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

а) 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;

б) при оплате следующих диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (методом полимеразной цепной реакции в случае наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), либо наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки результатов проводимого лечения, либо положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации), а также молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала; (пп. "б" в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

в) при оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией, и источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией; (пп. "в" введен [Приказом](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

г) при оплате углубленной диспансеризации; (пп. "г" введен [Приказом](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

1.3) по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным [Положением](#) об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению <4>;

<4> [Приказ](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г., регистрационный N 24726) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 июня 2015 г. N 361н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 июля 2015 г., регистрационный N 37921), от 30 сентября 2015 г. N 683н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 ноября 2015 г., регистрационный N 39822), от 30 марта 2018 г. N 139н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 августа 2018 г., регистрационный N 51917), от 27 марта 2019 г. N 164н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2019 г., регистрационный N 54470), от 3 декабря 2019 г. N 984н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 6 февраля 2020 г., регистрационный N 57452), от 21 февраля 2020 г. N 114н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июля 2020 г., регистрационный N 59083) (далее - приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н).

2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), и в условиях дневного стационара:

2.1) за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, состояний (в том числе клинко-статистическую группу заболеваний (КСГ)); (пп. 2.1 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

2.2) утратил силу. - [Приказ](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н;

2.3) за прерванный случай оказания медицинской помощи.

Способ оплаты медицинской помощи за прерванный случай ее оказания применяется в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, проведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; (пп. 2.3 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

3) при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:

3.1) по подушевому нормативу финансирования; (пп. 3.1 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

3.2) за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) - вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц); (пп. 3.2 введен [Приказом](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

4) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи (далее - по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи).

(в ред. Приказа Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

Способ оплаты по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи применяется при оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию.

При использовании способа оплаты по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется способами, указанными в [подпунктах 1.2 и 1.3](#) настоящего пункта.

(в ред. Приказа Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

(абзац введен [Приказом](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

Способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемой каждой медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, в разрезе условий оказания медицинской помощи, а также при необходимости видов оказываемой медицинской помощи по КСГ, форм оказания медицинской помощи, а также структурных подразделений (с указанием их количества), входящих в состав медицинской организации, приводятся в приложении к тарифному соглашению.

6. Раздел "Тарифы на оплату медицинской помощи" должен содержать сведения о тарифах на оплату медицинской помощи, их структуре, порядке расчетов тарифов на оплату медицинской помощи, а также о размерах элементов структуры тарифа, в том числе в разрезе медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по используемым для оплаты оказанной ими медицинской помощи способам оплаты медицинской помощи, установленным в приложении, сформированном в соответствии с [пунктом 5](#) настоящих Требований.

6.1. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи должны определяться в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи [<5>](#) по способам оплаты медицинской помощи, указанным в разделе 2 тарифного соглашения, в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию [<6>](#).

[<5> Статья 32](#) Федерального закона N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2018, N 53, ст. 8415).

[<6> Глава XII](#) Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством

юстиции Российской Федерации 17 мая 2019 г., регистрационный N 54643), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 2020 г. N 299н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 апреля 2020 г., регистрационный N 58074) и от 25 сентября 2020 г. N 1024н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2020 г., регистрационный N 60369) (далее - приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н).

6.2. Размер тарифа на оплату медицинской помощи должен определяться дифференцированно с учетом уровня медицинской организации (структурного подразделения) (коэффициент уровня):
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

1) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации (структурном подразделении) первого уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) (за исключением медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами);
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

2) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации (структурном подразделении) второго уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, а также указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

3) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации (структурном подразделении) третьего уровня применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями (структурными подразделениями), оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь.
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

6.3. При определении тарифа на оплату медицинской помощи, используемого при оплате медицинской помощи способами, указанными в [подпунктах 1 и 3 пункта 5](#) настоящих Требований, должны устанавливаться:

1) размер среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, размеры средних подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц по профилям "Акушерство и гинекология" и "Стоматология" (в случае их установления) и размер среднего подушевого норматива финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации;
(пп. 1 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

2) значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключаяющего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, по подушевым нормативам финансирования на прикрепившихся лиц по профилям "Акушерство и гинекология" и "Стоматология", стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере не менее 5 и не более 10 процентов от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц);
(пп. 2 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

2(1) размер базового подушевого норматива финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, исключаяющего влияние применяемых коэффициентов уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за

вызов скорой медицинской помощи;
(пп. 2(1) введен [Приказом](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

2(2) размер базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "Акушерство и гинекология", "Стоматология", исключающего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере не менее 5 и не более 10 процентов от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "Акушерство и гинекология", "Стоматология");
(пп. 2(2) введен [Приказом](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

3) значения следующих коэффициентов специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "Акушерство и гинекология", "Стоматология", учитывающих:

3.1) уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения;

3.2) наличие 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;

3.3) проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц;
(пп. 3 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

4) размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания (вызов скорой медицинской помощи) по видам медицинской помощи;

5) значение коэффициентов дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, базовому подушевому нормативу финансирования, применяемому при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "Акушерство и гинекология", "Стоматология", базовому нормативу финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания (вызов скорой медицинской помощи) по видам медицинской помощи, базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации;
(пп. 5 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

6) значения коэффициента уровня медицинской организации, применяемого к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, базовому подушевому нормативу финансирования, применяемому при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "Акушерство и гинекология", "Стоматология", базовому нормативу финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания (вызов скорой медицинской помощи) по видам медицинской помощи, базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации;
(пп. 6 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

7) утратил силу. - [Приказ](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н;

8) размер базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации;
(пп. 8 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

9) значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным

Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению
<8>;

<8> [Приказ](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н.

10) перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения), а также размеры и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей.
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

6.4. При определении тарифа на оплату медицинской помощи, используемого при оплате медицинской помощи способом, указанным в [подпункте 2 пункта 5](#) настоящих Требований, должны устанавливаться:

1) перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ. КСГ, присутствующие в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, указываются в соответствии с перечнем, приведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

1.1) средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара;
(пп. 1.1 введен [Приказом](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

2) значения коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключающей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов, составляющие не ниже 65% от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования, и не ниже 60% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования;
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

3) значения коэффициента относительной затратоемкости оказания медицинской помощи по перечню групп заболеваний, в том числе КСГ, в разрезе условий оказания указанной медицинской помощи. Значения коэффициентов относительной затратоемкости по группам заболеваний, в том числе КСГ, присутствующим в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, устанавливаются в соответствии с перечнем, приведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

4) значения коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи
<9>;
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

<9> [Постановление](#) Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 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" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 20, ст. 2559; 2020, N 42, ст. 6598).

5) значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи в диапазоне от 0,8 до 1,4.

Коэффициент специфики оказания медицинской помощи для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований, должен принимать значения не менее 1,2;

6) значения коэффициента сложности лечения пациента:

6.1) при предоставлении спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), за исключением случая, указанного в [подпункте 6.2](#) настоящего пункта, - 0,20;

6.2) при предоставлении спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), получающих медицинскую помощь по профилю "Детская онкология" и (или) "Гематология", - 0,60;

6.3) при оказании медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки - 0,20;

6.4) при развертывании индивидуального поста - 0,20;

6.5) при наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации, - 0,60;

6.6) при проведении сочетанных хирургических вмешательств или проведении однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций:

уровень 1 - 0,05;

уровень 2 - 0,47;

уровень 3 - 1,16;

уровень 4 - 2,07;

уровень 5 - 3,49;

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи значения коэффициента сложности лечения пациента применяются к размеру базовой ставки, скорректированному с учетом коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи;

6.7) для случаев, не указанных в [подпунктах 6.1 - 6.6](#) настоящего пункта, - 0;
(пп. 6 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

7) значения коэффициента уровня медицинской организации по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, в разрезе медицинских организаций:
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

0,9 - для первого уровня медицинской организации;

1,05 - для второго уровня медицинской организации;

1,25 - для третьего уровня медицинской организации.

При необходимости в тарифном соглашении также могут быть выделены подуровни медицинских организаций.

Значения коэффициента уровня медицинской организации для подуровней могут устанавливаться в следующих диапазонах:

для первого уровня медицинской организации - от 0,8 до 1,0;

для второго уровня медицинской организации - от 0,9 до 1,2;

для третьего уровня медицинской организации - от 1,1 до 1,4;

8) нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в территориальной программе обязательного медицинского страхования, в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, приведенной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

9) доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с долями заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, приведенной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

10) доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ;
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

В случае выделения в структуре затрат в группе заболеваний, состояний, в том числе КСГ, доли заработной платы и прочих расходов (в том числе приведенной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи) при расчете тарифа на оплату медицинской помощи коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, коэффициент уровня медицинской организации и коэффициент специфики оказания медицинской помощи применяется только к расходам на оплату медицинской помощи, соответствующим выделенной доле заработной платы и прочих расходов (за исключением случая применения коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи к базовой ставке при использовании коэффициента сложности лечения пациента);
(абзац введен [Приказом](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

11) размеры оплаты случаев оказания медицинской помощи, предусмотренных [подпунктом 3 пункта 5](#) настоящих Требований:

11.1) при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

при длительности лечения 3 дня и менее - от 80 до 90% от стоимости КСГ;

при длительности лечения более 3 дней - от 80 до 100% от стоимости КСГ;

11.2) при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

при длительности лечения 3 дня и менее - от 20 до 50% от стоимости КСГ;

при длительности лечения более 3 дней - от 50 до 80% от стоимости КСГ.

Значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня оказания медицинской помощи, предусмотренные в [разделе 5](#) настоящих Требований, в разрезе медицинских организаций и (или) их структурных подразделений по видам оказываемой ими медицинской помощи приводятся в приложениях к тарифному соглашению.
(пп. 11 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

7. Раздел "Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества" должен содержать:
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

сведения о перечне оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому

страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с [пунктом 9.1 части 1 статьи 7](#) Федерального закона N 326-ФЗ <10> (далее - порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи), методике исчисления размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и размеров уплаты штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, устанавливаемой [Правилами](#) обязательного медицинского страхования <11>;

<10> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 2020, 8 декабря, N 0001202012080105.

<11> Утверждены [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н.

размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования по перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 14.01.2022 N 11н)

размеры штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

8. Раздел "Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями" должен содержать сведения о:

распределенных в соответствии с [частью 10 статьи 36](#) Федерального закона N 326-ФЗ <12> объемах предоставления медицинской помощи в разрезе видов, форм и условий оказания медицинской помощи, а также профилей специализированной медицинской помощи и групп высокотехнологичной медицинской помощи, между медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

<12> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2020, N 50, ст. 8075.

объемы финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Распределенные в соответствии с [частью 10 статьи 36](#) Федерального закона N 326-ФЗ объемы предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями должны соответствовать объемам предоставления медицинской помощи, установленным в территориальной программе обязательного медицинского страхования.

Распределенные в соответствии с [частью 10 статьи 36](#) Федерального закона N 326 объемы предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, должны соответствовать объемам предоставления медицинской помощи, установленным в территориальной программе обязательного медицинского страхования.

Объемы финансового обеспечения медицинской помощи, распределяемые между медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, рассчитываются в соответствии с методикой расчета объемов финансового обеспечения медицинской помощи, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с [пунктом 6 части 1 статьи 7](#) Федерального закона N 326-ФЗ <13>, на основании сведений, устанавливаемых в тарифном соглашении, и не могут превышать общего объема финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования.

<13> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2020, N 50, ст. 8075.

9. Раздел "Заключительные положения" должен устанавливать срок действия тарифного соглашения и порядок внесения в него изменений.

9.1. Тарифное соглашение заключается на один финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

9.2. В тарифное соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями (при утверждении распределения объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями не в составе тарифного соглашения - в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в [разделах 5 и 6](#) настоящих Требований, для медицинских организаций, объемы предоставления медицинской помощи по которым изменяются);

в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

г) при внесении изменений в настоящие Требования, приводящие к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

9.3. Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

Приложение
к Требованиям к структуре
и содержанию тарифного соглашения

**ПОКАЗАТЕЛИ
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,
ФИНАНСИРУЕМЫХ ПО ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ ФИНАНСИРОВАНИЯ
НА ПРИКРЕПИВШИХСЯ ЛИЦ, ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
В ЧАСТИ ПЕРВИЧНОЙ (ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ)
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

Список изменяющих документов
(введены [Приказом Минздрава России от 14.01.2022 N 11н](#))

1. Доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому).

2. Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период.

3. Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.

4. Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.

5. Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.

6. Выполнение плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19).

7. Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.

<*> По набору кодов по Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

8. Число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.

9. Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.

10. Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.

11. Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.

12. Доля взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.

13. Доля взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.

14. Доля взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая

ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.

15. Смертность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет за период.

16. Число умерших за период, находящихся под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением.

17. Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок.

18. Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.

19. Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.

20. Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.

21. Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период.

22. Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.

23. Смертность детей в возрасте 0 - 17 лет за период.

24. Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период.

25. Доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода.

26. Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период.

27. Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.

28. Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период.
