

Приложение 4  
к Протоколу № 7 от 23.04.19



МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ЗАРЕГИСТРИРОВАНО**

Регистрационный № 53153

от "25 декабря 2018 г.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**П Р И К А З**

21 ноября 2018

Москва

№ 247

Об установлении Требований к  
структуре и содержанию тарифного  
соглашения

В соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2012, № 49, ст. 6758; 2013, № 48, ст. 6165) п р и к а з ы в а ю:

1. Установить Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения согласно приложению.

2. Признать утратившими силу приказы Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

от 18 ноября 2014 г. № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 декабря 2014 г., регистрационный № 35382);

от 14 апреля 2015 г. № 64 «О внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 апреля 2015 г., регистрационный № 37048);

от 29 ноября 2016 г. № 267 «О внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014 г. № 200» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 декабря 2016 г., регистрационный № 44665).

Председатель

Н.Н. Стадченко

Приложение  
к приказу Федерального фонда  
обязательного медицинского страхования  
от «21» ноября 2018 г. № 247

**ТРЕБОВАНИЯ К СТРУКТУРЕ И СОДЕРЖАНИЮ ТАРИФНОГО  
СОГЛАШЕНИЯ**

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>1</sup> (далее – Федеральный закон № 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. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»<sup>2</sup> (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ).

2. Структура тарифного соглашения должна включать следующие разделы:

- 1) общие положения;
- 2) способы оплаты медицинской помощи, применяемые в субъекте Российской Федерации;
- 3) размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи;
- 4) размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;
- 5) заключительные положения.

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2015, № 10, ст. 1425; 2016, № 1, ст. 9; 2018, № 1, ст. 49.

<sup>2</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2012, № 49, ст. 6758; 2013, № 48, ст. 6165.

3. Раздел «Общие положения» должен содержать сведения об основаниях заключения тарифного соглашения (нормативные правовые акты, в соответствии с которыми разрабатывалось и заключалось тарифное соглашение), предмете тарифного соглашения, представителях сторон комиссии, заключивших тарифное соглашение, а также иную информацию в части общих положений (основные термины, определения и прочее).

4. 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<sup>3</sup>, в медицинских организациях:

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

а) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

б) за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

в) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

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

б) 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;

3) при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, – по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;

---

<sup>3</sup> Часть 1 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2013, № 48, ст. 6165; 2014, № 49, ст. 6927).

4) при оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара; — по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

5. Раздел «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» должен содержать сведения о тарифах на оплату медицинской помощи и их структуру.

5.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи должны определяться в зависимости от форм, видов и условий оказания медицинской помощи<sup>4</sup> и рассчитываться в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию<sup>5</sup>.

5.2. 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)

---

<sup>4</sup> Статья 32 Федерального закона № 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

<sup>5</sup> Глава XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 г., регистрационный № 19998), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 августа 2011 г. № 897н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 августа 2011 г., регистрационный № 21609) и от 9 сентября 2011 г. № 1036н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2011 г., регистрационный № 22053), приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 марта 2013 г. № 160н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2013 г., регистрационный № 28480), от 21 июня 2013 г. № 396н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 сентября 2013 г., регистрационный № 30004), от 20 ноября 2013 г. № 859ан (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 ноября 2013 г., регистрационный № 30489), от 6 августа 2015 г. № 536н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 октября 2015 г., регистрационный № 39119), от 25 марта 2016 г. № 192н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 мая 2016 г., регистрационный № 41969), от 28 июня 2016 г. № 423н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 июля 2016 г., регистрационный № 42892), от 28 сентября 2016 г. № 736н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 октября 2016 г., регистрационный № 43922), от 27 октября 2016 г. № 803н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 декабря 2016 г., регистрационный № 44840) и от 11 января 2017 г. № 2н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 января 2017 г., регистрационный № 45459).

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.

5.3. При определении тарифов за оказанную медицинскую помощь по способам оплаты медицинской помощи, установленными подпунктами 1, 3 и 4 пункта 4 настоящих Требований, должны устанавливаться:

1) перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

2) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой 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;

3) размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

4) значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для однородных групп медицинских организаций, рассчитанных на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования и коэффициентов дифференциации, учитывающих следующие критерии:

половозрастной состав;

плотность населения;

транспортная доступность;

уровень и структура заболеваемости населения;

климатические и географические особенности регионов; географический уровень расходов на содержание медицинских организаций (отдельных структурных подразделений медицинских организаций);

достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации<sup>6</sup>;

районные коэффициенты к заработной плате и процентные надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или коэффициента ценовой дифференциации бюджетных услуг (в случае их установления на территории субъекта Российской Федерации);

5) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга<sup>7</sup>, посещение, обращение (законченный случай)), профилактические мероприятия, включая диспансеризацию, вызов скорой медицинской помощи, применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями субъекта Российской Федерации лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации;

б) перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей<sup>8</sup>.

5.4. При определении тарифов за оказанную медицинскую помощь по способам оплаты медицинской помощи, установленными подпунктом 2 пункта 4 настоящих Требований, должны устанавливаться:

---

<sup>6</sup> Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 19, ст. 2334).

<sup>7</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 ноября 2017 г., регистрационный № 48808).

<sup>8</sup> Для медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи), и по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой 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;

2) перечень групп заболеваний, в том числе КСГ или клинко-профильных групп заболеваний (далее - КПГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ или КПГ;

3) размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (базовая ставка), в стационарных условиях не ниже 65% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, в условиях дневного стационара - не ниже 60% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;

4) значения коэффициентов:

а) коэффициент дифференциации<sup>9</sup> (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации);

б) управленческий коэффициент - от 0,8 до 1,4;

в) коэффициент сложности лечения пациента - до 1,8;

г) коэффициент уровня оказания медицинской помощи:

коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, указанных в подпункте 1 пункта 5.2 настоящих Требований, – 0,95, при выделении подуровней – от 0,7 до 1,2;

коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, указанных в подпункте 2 пункта 5.2 настоящих Требований, – 1,1 при выделении подуровней – от 0,9 до 1,3;

коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских

---

<sup>9</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 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, № 20, ст. 2559; № 37, ст. 5002; 2013, № 45, ст. 5821; 2015, № 40, ст. 5554; 2017, № 15, ст. 2237; № 50, ст. 7636; 2018, № 44, ст. 6738).

организаций, указанных в подпункте 3 пункта 5.2 настоящих Требований, – 1,3, при выделении подуровней – от 1,1 до 1,5;

для федеральных медицинских организаций и (или) структурных подразделений федеральных медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, – от 1,4 до 1,7;

для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований, – не менее 1,2;

5) размер оплаты случаев оказания медицинской помощи, предусмотренных подпунктом «б» подпункта 2 пункта 4 настоящих Требований:

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

при длительности лечения 3 дня и менее – от 80 до 90% от стоимости КСГ или КПГ;

при длительности лечения более 3-х дней – от 80 до 100% от стоимости КСГ или КПГ;

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

при длительности лечения 3 дня и менее – не более 50% от стоимости КСГ или КПГ;

при длительности лечения более 3-х дней – от 50 до 100% от стоимости КСГ или КПГ;

б) тарифы на оплату услуг диализа;

7) тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи.

6. Раздел «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» должен содержать применяемые к медицинским организациям, участвующим в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, санкции за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

7. Раздел «Заключительные положения» должен устанавливать срок действия тарифного соглашения и порядок внесения в него изменений.