

**ЧЕК-ЛИСТ ПРОВЕРКИ  
ТАРИФНОГО  
СОГЛАШЕНИЯ**

# Перечень минимальных требований к содержанию Тарифного соглашения\*

<b>1. Структура тарифного соглашения</b>		
1.1.	Содержит раздел «Общие положения»	<input type="checkbox"/>
1.2.	Содержит раздел «Способы оплаты медицинской помощи»	<input type="checkbox"/>
1.3.	Содержит раздел «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи»	<input type="checkbox"/>
1.4.	Содержит 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»	<input type="checkbox"/>
1.5.	Содержит раздел «Заключительные положения»	<input type="checkbox"/>
1.6.	Не содержит разделов и приложений, не предусмотренных приказом ФОМС № 247	<input type="checkbox"/>
<b>2. Способы оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях</b>		
2.1.	<p>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, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)</p> <p>или</p> <p>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, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления</p>	<input type="checkbox"/>

	онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) 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)	
2.2.	За единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, 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)	<input type="checkbox"/>
2.3.	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, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии)	<input type="checkbox"/>
<b>3. Способы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях</b>		
3.1.	За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний)	<input type="checkbox"/>
3.2.	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	<input type="checkbox"/>
<b>4. Способы оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара</b>		
4.1.	За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний)	<input type="checkbox"/>
4.2.	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	<input type="checkbox"/>

<b>5. Способы оплаты скорой медицинской помощи</b>		
5.1.	По подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи	<input type="checkbox"/>
<b>6. Способы оплаты по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (при наличии)</b>		
6.1.	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, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов	<input type="checkbox"/>
<b>7. Оплата диспансеризации и профилактических медицинских осмотров</b>		
7.1.	За комплексное посещение при проведении профилактических медицинских осмотров	<input type="checkbox"/>
7.2.	За комплексное посещение при проведении диспансеризации	<input type="checkbox"/>
<b>8. Структура тарифа на оплату медицинской помощи</b>		
8.1.	Установлена в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ и включает в себя 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 медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по	<input type="checkbox"/>

	содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу	
<b>9. Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях</b>		
9.1.	Установлен	<input type="checkbox"/>
9.2.	Не включает в себя средства для финансирования ФП и ФАП	<input type="checkbox"/>
9.3.	Не включает в себя средства на КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопические исследования, молекулярно-генетические и гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии	<input type="checkbox"/>
<b>10. Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи</b>		
10.1.	Установлен	<input type="checkbox"/>
<b>11. Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи</b>		
11.1.	Установлен	<input type="checkbox"/>
11.2.	Не включает в себя средства для финансирования ФП и ФАП	<input type="checkbox"/>
11.3.	Не включает в себя средства на КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопические исследования, молекулярно-генетические и гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии	<input type="checkbox"/>
<b>12. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи (ФО<sub>ср</sub>)</b>		
12.1.	Установлен ФО <sub>ср</sub> в амбулаторных условиях	<input type="checkbox"/>
12.2.	Установлен ФО <sub>ср</sub> при оказании скорой медицинской помощи	<input type="checkbox"/>

12.3.	Установлен $\Phi O_{cp}$ в стационарных условиях	<input type="checkbox"/>
12.4.	Установлен $\Phi O_{cp}$ в условиях дневного стационара	<input type="checkbox"/>
12.5.	Установлен $\Phi O_{cp}$ при реализации способа оплаты по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи	<input type="checkbox"/>
12.6.	Установленные размеры $\Phi O_{cp}$ не включают средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта РФ	<input type="checkbox"/>

### 13. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования (БПН)

13.1.	Установлен БПН в амбулаторных условиях	<input type="checkbox"/>
13.2.	Установлен БПН при оказании скорой медицинской помощи	<input type="checkbox"/>
13.3.	Установлен БПН при реализации способа оплаты по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи	<input type="checkbox"/>
13.4.	При расчете БПН исключены средства, направленные, в том числе: - на обеспечение ФП, ФАП; - на оплату проведения КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопические исследования, молекулярно-генетические и гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### 14. Установление коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия 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 (КДот)<sup>1</sup>

14.1.	Для всех медицинских организаций с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью, подтвержденной данными Росстата, населения до 50 тысяч человек, установлен КДот	<input type="checkbox"/>
14.2.	Указан диапазон численности обслуживаемого населения медицинскими организациями, для которых необходимо установить КДот	<input type="checkbox"/>

14.3.	КДот установлен в размере: - для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, – не менее 1,13 - для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – не менее 1,04	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>15. Коэффициенты уровня подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц</b>		
15.1.	Установлены коэффициенты уровня для всех медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь (в том числе при реализации способа оплаты по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи)	<input type="checkbox"/>
15.2.	Коэффициенты уровня применяются для групп медицинских организаций (отсутствуют индивидуальные коэффициенты уровня)	<input type="checkbox"/>
<b>16. Половозрастные коэффициенты в амбулаторных условиях</b>		
16.1.	Установлены половозрастные коэффициенты в амбулаторных условиях, в том числе для возрастных групп 65 лет и старше в размере не менее 1,6	<input type="checkbox"/>
<b>17. Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов<sup>2</sup></b>		
17.1.	Установлен перечень ФП, ФАП, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС	
17.2.	Установлены диапазоны численности обслуживаемого населения для всех ФП, ФАП	<input type="checkbox"/>
17.3.	Установлен факт соответствия/несоответствия всех ФП, ФАП требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Требования)	<input type="checkbox"/>
17.4.	Размер финансового обеспечения для ФП, ФАП, соответствующих Требованиям, соответствует установленным значениям в территориальной программе в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования	<input type="checkbox"/>
17.5.	Размер финансового обеспечения для ФП, ФАП, не соответствующих Требованиям, установлен с учетом применения понижающих коэффициентов	<input type="checkbox"/>

<b>18. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи</b>		
18.1.	Установлены дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях	<input type="checkbox"/>
18.2.	Установлены дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи	<input type="checkbox"/>
18.3.	Установлены дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям (в случае использования в субъекте Российской Федерации данного способа оплаты)	<input type="checkbox"/>
18.4.	Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи не являются индивидуальными	<input type="checkbox"/>
18.5.	При расчете дифференцированных подушевых нормативов на прикрепившихся лиц учтены КДот	<input type="checkbox"/>
18.6.	При расчете дифференцированных подушевых нормативов на прикрепившихся лиц учтены коэффициенты уровня подушевого норматива финансирования	<input type="checkbox"/>
18.7.	При расчете дифференцированных подушевых нормативов на прикрепившихся лиц учтены половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования	<input type="checkbox"/>
<b>19. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи</b>		
19.1.	Установлены тарифы на посещения	<input type="checkbox"/>
19.2.	Установлены тарифы на обращения	<input type="checkbox"/>
19.3.	Установлены тарифы на медицинские услуги	<input type="checkbox"/>
19.4.	Установлены тарифы за вызов скорой медицинской помощи	<input type="checkbox"/>
19.5.	Установлены тарифы за комплексное посещение в разрезе пола и всех групп возрастов, установленных:	<input type="checkbox"/>
	- приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»	<input type="checkbox"/>



	<p>- приказом Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»</p> <p>- приказом Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»</p> <p>- приказом Минздрава России от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»</p>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
19.6.	Тариф на оплату диспансеризации (с учетом плановых объемов) соответствует нормативу финансовых затрат, установленному территориальной программой в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования	<input type="checkbox"/>
19.7.	<p>Установлены тарифы на оплату отдельных диагностических исследований<sup>3</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- компьютерная томография</li> <li>- магнитно-резонансная томография</li> <li>- ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы</li> <li>- эндоскопические диагностические исследования</li> <li>- гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии</li> <li>- молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии</li> </ul>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
19.8.	<p>Тарифы на оплату отдельных диагностических исследований (с учетом плановых объемов) соответствует нормативу финансовых затрат, установленному территориальной программой в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- компьютерная томография</li> <li>- магнитно-резонансная томография</li> <li>- ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы</li> </ul>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- эндоскопические диагностические исследования</li> <li>- гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии</li> <li>- молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии</li> </ul>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
<b>20. Показатели результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи) для способа оплаты медицинской помощи «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)», установленные в соответствии с Методическими рекомендациями (в случае использования в субъекте Российской Федерации данного способа оплаты)</b>		
20.1.	Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи)	<input type="checkbox"/>
20.2.	Критерии оценки показателей результативности деятельности медицинских организаций (включая целевые значения)	<input type="checkbox"/>
20.3.	Порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей для медицинских организаций	<input type="checkbox"/>
<b>21. Показатели результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи) для способа оплаты медицинской помощи «по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся 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», установленные в соответствии с Методическими рекомендациями (в случае использования в субъекте Российской Федерации данного способа оплаты)</b>		
21.1.	Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи)	<input type="checkbox"/>
21.2.	Критерии оценки показателей результативности деятельности медицинских организаций (включая целевые значения)	<input type="checkbox"/>

21.3.	Порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей для медицинских организаций	<input type="checkbox"/>
<b>22. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций «Бережливая поликлиника»</b>		
22.1.	Установлен перечень показателей результативности в полном соответствии с Методическими рекомендациями «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации от 30.07.2019	<input type="checkbox"/>
22.2.	Осуществление стимулирующих выплат производится только в случае выполнения медицинскими организациями <u>всех</u> показателей результативности, установленных вышеуказанными Методическими рекомендациями от 30.07.2019	<input type="checkbox"/>
<b>23. Перечень групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп заболеваний (КСГ) или клинко-профильных групп заболеваний (КПГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ или КПГ</b>		
23.1.	Перечень КСГ и коэффициентов затратоемкости КСГ соответствуют Методическим рекомендациям: - в условиях круглосуточного стационара - в условиях дневного стационара	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>24. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (базовая ставка) в стационарных условиях</b>		
24.1.	Установлена в размере не менее 65% от норматива финансовых затрат, установленного территориальной программой в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования	<input type="checkbox"/>
<b>25. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (базовая ставка) в условиях дневного стационара</b>		
25.1.	Установлена в размере не менее 60% от норматива финансовых затрат, установленного территориальной программой в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования	<input type="checkbox"/>
<b>26. Установлены значения коэффициентов дифференциации (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации)</b>		
<b>27. Управленческий коэффициент к КСГ в стационарных условиях/в условиях дневного стационара</b>		

27.1.	Значение управленческого коэффициента установлено в границах от 0,8 до 1,4	<input type="checkbox"/>
27.2.	К КСГ по профилю «Онкология» и «Детская онкология» управленческий коэффициент не применяется (установлен в значении 1)	<input type="checkbox"/>
<b>28. Значение коэффициента сложности лечения пациента в стационарных условиях/ в условиях дневного стационара не превышает 1,8</b>		<input type="checkbox"/>
<b>29. Распределение медицинских организаций и/или структурных подразделений медицинских организаций по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи в стационарных условиях/ в условиях дневного стационара</b>		
29.1.	К 1 уровню отнесены медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь в пределах одного муниципального образования	<input type="checkbox"/>
29.2.	Ко 2 уровню отнесены медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь в пределах нескольких муниципальных образований (специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры)	<input type="checkbox"/>
29.3.	К 3 уровню отнесены медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП)	<input type="checkbox"/>
29.4.	В распределении медицинских организациях по уровням оказания медицинской помощи не отражаются медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в другом субъекте РФ, медицинская помощь в которых оплачивается по тарифам другого субъекта.	<input type="checkbox"/>
<b>30. Установление коэффициентов уровня оказания медицинской помощи для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций в стационарных условиях/ в условиях дневного стационара (КУС)</b>		
30.1.	Значение КУС для 1 уровня – 0,95 (при выделении подуровней – 0,7-1,2)	<input type="checkbox"/>
30.2.	Значение КУС для 2 уровня – 1,1 (при выделении подгрупп – 0,9-1,3)	<input type="checkbox"/>
30.3.	Значение КУС для 3 уровня – 1,3 (при выделении подгрупп – 1,1-1,5)	<input type="checkbox"/>
30.3.	Для федеральных медицинских организаций и (или) структурных подразделений федеральных медицинских организаций,	<input type="checkbox"/>

	оказывающих ВМП, значение КУС – 1,4 - 1,5	
30.4.	Для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО, - значение КУС не менее 1,2	<input type="checkbox"/>
30.5.	Отсутствуют индивидуальные коэффициенты уровня (подуровня) для медицинской организации	<input type="checkbox"/>
30.6.	Для структурных подразделений медицинских организаций 2 уровня оказания медицинской помощи, оказывающих медицинскую помощь по профилям «Детская онкология» и «Онкология», - значение КУС не менее 1	<input type="checkbox"/>

**31. Средняя стоимость законченного случая лечения, включенного в КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» в условиях дневного стационара**

31.1.	Установлена и соответствует нормативам финансовых затрат на 1 случай проведения экстракорпорального оплодотворения, установленный территориальной программой в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования	<input type="checkbox"/>
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

**32. Размер оплаты прерванных случаев 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 в стационарных условиях/ в условиях дневного стационара**

32.1.	В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, установлен в диапазоне:	
32.2.	при длительности лечения 3 дня и менее – от 80 до 90% от стоимости КСГ или КПП	<input type="checkbox"/>
32.3.	при длительности лечения более 3-х дней – от 80 до 100% от стоимости КСГ или КПП	<input type="checkbox"/>
32.4.	Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, установлен в диапазоне:	
32.5.	при длительности лечения 3 дня и менее – не более 50% от стоимости КСГ или КПП	<input type="checkbox"/>
32.6.	при длительности лечения более 3-х дней – от 50 до 100% от стоимости КСГ или КПП	<input type="checkbox"/>

**33. Тарифы на оплату услуг диализа**

33.1.	Установлены	<input type="checkbox"/>
-------	-------------	--------------------------

**34. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи**

34.1.	Установлены и соответствуют нормативам финансовых затрат, установленным в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, с учетом коэффициента дифференциации, если применяется в субъекте РФ	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

\*Составленный на основании:

1. Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

2. Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610;

3. Приказа Минздрава России от 28.01.2019 № 25н «Об утверждении порядка и сроков рассмотрения тарифных соглашений, заключаемых в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», подготовки заключения Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования и его типовой формы»;

4. Приказа Федерального фонда от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

5. Письма Минздрава России от 24.12.2019 № 11-7/И/2-12330 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».

6. Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо от 12.12.2019 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/и/2-11779 и Федерального фонда № 17033/26-2/и);

7. Инструкции по группировке случаев, в том числе правилами учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях (письмо Федерального фонда от 21.02.2020 № 2493/26-1/и);

## <sup>1</sup> Установление КДот

В соответствии с Программой для расчета стоимости медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях и их обособленных подразделениях, 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 применяется КДот.

1. Первый этап – определение количества жителей населенного пункта, в котором зарегистрирована медицинская организация (до 50 тысяч человек / свыше 50 тысяч человек).

В случае если медицинская организация расположена в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации должен применяться КДот.

2. Второй этап – определение численности обслуживаемого населения, прикрепленного к медицинской организации или ее структурному подразделению (до 20 тысяч человек / свыше 20 тысяч человек).

Для того чтобы определить корректность размера КДот, в Тарифном соглашении должна быть отражена информация о численности прикрепленного населения к каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в населенном пункте с численностью до 50 тысяч человек.

В зависимости от численности прикрепленного населения к медицинской организации устанавливается КДот в размере:

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, – не менее 1,113;

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – не менее 1,04.

Если численность жителей населенного пункта превышает 50 тыс. человек, но медицинская организация при этом имеет в своем составе отдельные структурные подразделения, зарегистрированные в населенных пунктах с численностью жителей менее 50 тысяч человек, значение КДот рассчитывается по формуле в соответствии с Методическими рекомендациями:

$$КД_{от}^i = (1 - \sum D_{отj}) + \sum (КД_{отj} \times D_{отj}), \text{ где:}$$

$D_{отj}$  – доля населения, обслуживаемая  $j$ -ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);

$KD_{отj}$  – коэффициент дифференциации, применяемый к  $j$ -ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала.



## <sup>2</sup>Требования к расчету размера финансового обеспечения ФП, ФАП

### Алгоритм действий:

1. Комиссия определяет перечень ФП, ФАП, в составе медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций в системе ОМС на текущий год, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи.

2. Определяется факт соответствия/несоответствия каждого ФП, ФАП требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Требования).

3. С учетом диапазона численности обслуживаемого населения устанавливаются годовые размеры финансового обеспечения ФП, ФАП, в том числе ФП, ФАП, обслуживающих менее 100 или более 2000 человек, а также ФП, ФАП, не соответствующих Требованиям (с учетом применения поправочных коэффициентов, устанавливаемых на уровне субъекта Российской Федерации):

годовой размер финансового обеспечения ФП, ФАП, соответствующих Требованиям = размер финансового обеспечения, установленный Разделом VII Программы для соответствующего диапазона численности обслуживаемого населения \* коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 (в случае если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации – может применяться значение коэффициента территориальной дифференциации субъекта Российской Федерации)

годовой размер финансового обеспечения ФП, ФАП, не соответствующих Требованиям = годовой размер финансового обеспечения ФП, ФАП, соответствующих Требованиям \* поправочный коэффициент, устанавливаемый на уровне субъекта Российской Федерации.

4. В случае если для ФП, ФАП в течение года меняются параметры (диапазон численности обслуживаемого населения или значение поправочного коэффициента), используемые для расчета размера финансового обеспечения, годовой размер финансового обеспечения ФП, ФАП учитывает объем средств, направленных на финансовое обеспечение ФП, ФАП за предыдущие периоды с начала года):

годовой размер финансового обеспечения ФП, ФАП = объем средств, направленных на финансирование ФП, ФАП с начала года + (годовой размер финансового обеспечения ФП, ФАП, рассчитанный с учетом новых параметров / / 12 \* число месяцев до конца года)

Указанные требования применяются при оплате медицинской помощи в ФП, ФАП за счет средств ОМС. В случае принятия в субъекте Российской Федерации решения о дополнительном финансировании ФП, ФАП за счет иных источников финансирования кроме средств ОМС, указанная информация может быть отражена в тарифном соглашении, при этом в обязательном порядке должны быть отражены годовой размер финансового обеспечения ФП, ФАП за счет средств ОМС, актуальный месячный размер финансового обеспечения ФП, ФАП за счет средств ОМС а также параметры, используемые для их расчета.

Таким образом, в тарифном соглашении отражаются следующие сведения:

- Наименование ФП, ФАП;
- Наименование медицинской организации, в структуру которой входит ФП, ФАП;
- Диапазон численности обслуживаемого ФП, ФАП населения («менее 100», «от 100 до 900», «от 900 до 1500», «от 1500 до 2000», «свыше 2000»);
- Факт соответствия/несоответствия ФП, ФАП Требованиям («+», «-»);
- Коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, применяемый в расчетах размера финансового обеспечения (в случае применения на территории субъекта Российской Федерации районных коэффициентов дифференциации – указывается значение коэффициента территориальной дифференциации для каждой медицинской организации или ФП, ФАП);
- Значение поправочного коэффициента для ФП, ФАП, не соответствующих Требованиям (для ФП, ФАП, соответствующих Требованиям, указывается значение «1»);
- В случае изменения в течение года параметров, используемых при расчете планируемого годового размера финансового обеспечения – объем средств, направленных на финансовое обеспечение ФП, ФАП за период с начала года;
- Годовой размер финансового обеспечения ФП, ФАП;
- Актуальный месячный размер финансового обеспечения ФП, ФАП.

При этом в случае изменения параметров, используемых при расчете размера финансового обеспечения ФП, ФАП в течение года в тарифном соглашении необходимо отразить динамику размера финансового обеспечения ФП, ФАП, а также используемых для его расчета параметров.

### **<sup>3</sup>Требования к тарифам на оплату отдельных диагностических исследований**

Тарифы на диагностические исследования, установленные в Тарифном соглашении должны соответствовать нормативам финансовых затрат, установленным территориальной программой.

В соответствии с информационным письмом Минздрава России от 24.12.2019 № 11-7/И/2-12330 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (далее – письмо Минздрава России о формировании и экономическом обосновании ТППГ) с целью эффективного расходования финансовых средств необходимо дифференцировать тарифы на отдельные диагностические исследования:

а) *Гистологические исследования* с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии – в зависимости от вида исследований и с учетом критериев, перечисленных в абзацах 43-46 пункта 4.1.1 письма Минздрава России о формировании и экономическом обосновании ТППГ. Гистологические исследования могут быть дифференцированы в зависимости от категорий сложности патолого-анатомических исследований материала, установленных приказом Минздрава России от 24.03.2016 № 179н «О Правилах проведения патолого-анатомических исследований».

б) *Молекулярно-генетические исследования* с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии – в зависимости от вида опухоли и необходимого количества применяемых тестов;

При этом, иммуно-гистохимические и гистохимические исследования не включены в установленные нормативы отдельных диагностических (лабораторных) исследований.