



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(Минздрав России)

МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ЗАРЕГИСТРИРОВАНО**

Регистрационный № 62007

от "31" декабря 2020.

**П Р И К А З**

29 декабря 2020 г.

№ 1394ч

Москва

**Об утверждении Требований к структуре  
и содержанию тарифного соглашения**

В соответствии с частью 2 статьи 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; 2020, № 50, ст. 8075) и подпунктом 5.2.136<sup>2</sup> Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; Официальный интернет-портал правовой информации ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)), 2020, 21 декабря, № 0001202012210065),  
п р и к а з ы в а ю:

Утвердить прилагаемые Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения.

Министр

М.А. Мурашко

УТВЕРЖДЕНЫ  
приказом Министерства  
здравоохранения Российской Федерации  
от 29 декабря 2020 № 1397Н

**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. 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, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;
- 5) заключительные положения.

3. По решению субъекта Российской Федерации в тарифном соглашении отдельным разделом может быть предусмотрено определение распределения

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2018, № 53, ст. 8415.

<sup>2</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075.

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

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, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), в том числе:

с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) или без учета показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи);

с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи), или без включения расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях;

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

---

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

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, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

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<sup>4</sup>;

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 законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, состояний (клинико-профильную группу-КПГ, клинико-статистическую группу – КСГ);

---

<sup>4</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г., регистрационный № 24726) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 июня 2015 г. № 361н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 июля 2015 г., регистрационный № 37921), от 30 сентября 2015 г. № 683н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 ноября 2015 г., регистрационный № 39822), от 30 марта 2018 г. № 139н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 августа 2018 г., регистрационный № 51917), от 27 марта 2019 г. № 164н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2019 г., регистрационный № 54470), от 3 декабря 2019 г. № 984н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 6 февраля 2020 г., регистрационный № 57452), от 21 февраля 2020 г. № 114н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июля 2020 г., регистрационный № 59083) (далее – приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н).

2.2) за медицинскую услугу.

Способ оплаты медицинской помощи за медицинскую услугу применяется при оплате услуг диализа;

2.3) за прерванный случай оказания медицинской помощи при заболевании, состоянии, включенном в КСГ.

Способ оплаты медицинской помощи за прерванный случай ее оказания применяется 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:

3.1) по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;

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, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, 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).

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, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется способами, указанными в подпунктах 1.2 и 1.3 настоящего пункта.

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<sup>5</sup> 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<sup>6</sup>.

6.2. Размер тарифа на оплату медицинской помощи должен определяться дифференцированно с учетом уровня медицинской организации (коэффициент уровня):

---

<sup>5</sup> Статья 32 Федерального закона № 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2018, № 53, ст. 8415).

<sup>6</sup> Глава XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2019 г., регистрационный № 54643), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 2020 г. № 299н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 апреля 2020 г., регистрационный № 58074) и от 25 сентября 2020 г. № 1024н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2020 г., регистрационный № 60369) (далее – приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н).

1) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации 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);

2) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации 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;

3) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации третьего уровня (структурном подразделении) применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями (структурными подразделениями), оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь.

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;
- 2) значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключая влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), 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, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации), стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания,

в том числе за вызов скорой медицинской помощи, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности;

3) значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования, учитывающего следующие критерии:

половозрастной состав обслуживаемого населения;

плотность расселения обслуживаемого населения;

транспортная доступность;

уровень и структура заболеваемости обслуживаемого населения;

климатические и географические особенности территории обслуживания населения;

достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации<sup>7</sup>;

районный коэффициент 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 коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг (в случае их установления на территории субъекта Российской Федерации);

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 коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации);

6) значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации);

7) значения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках

---

<sup>7</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).



городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

8) базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации;

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<sup>8</sup>;

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 случае, если в тарифном соглашении определен способ оплаты медицинской помощи, указанный в подпункте 1.1 пункта 5 настоящих Требований, применяемый с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций).

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 или КПП. КСГ и КПП, 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;

2) значения коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации) и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающих значения не ниже 65 %

---

<sup>8</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н.

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;

3) значения коэффициента относительной затратоемкости оказания медицинской помощи по перечню групп заболеваний, в том числе КСГ или КПП, в разрезе условий оказания указанной медицинской помощи. Значения коэффициентов относительной затратоемкости по группам заболеваний, в том числе КСГ или КПП, 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;

4) значения коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи<sup>9</sup> (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации);

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;

б) значения коэффициента сложности лечения пациента:

6.1) от 1,0 до 1,2 – при оказании медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет (в том числе включая консультацию врача-гериатра, за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки);

6.2) от 1,2 до 1,3 – в случае необходимости выполнения при оказании медицинской помощи пациенту одного из следующих мероприятий:

---

<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; 2020, № 42, ст. 6598).

предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний);

проведения первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

развертывания индивидуального поста;

6.3) от 1,3 до 1,5 – при проведении сочетанных хирургических вмешательств или проведении однотипных операций на парных органах;

6.4) от 1,5 до 1,8 – при проведении антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, а также при наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации, длительных сроках госпитализации, обусловленных медицинскими показаниями;

6.5) 1 – для случаев, не указанных в подпунктах 6.1 - 6.4 настоящего пункта;

7) значения коэффициента уровня медицинской организации по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ и КПП, в разрезе медицинских организаций:

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 или КПП;

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 или КПП;

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

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

при длительности лечения 3 дня и менее – от 20 до 50% от стоимости КСГ или КПП;

при длительности лечения более 3 дней – от 50 до 80% от стоимости КСГ или КПП.

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.

7. 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:

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<sup>1</sup> части 1 статьи 7 Федерального закона № 326-ФЗ<sup>10</sup> (далее – порядок контроля объемов,

<sup>10</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; Официальный интернет-портал правовой информации ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)), 2020, 8 декабря, № 0001202012080105.

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<sup>11</sup>;

размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи по перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

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 № 326-ФЗ<sup>12</sup> 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;

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 № 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 № 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.

---

<sup>11</sup> Утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н.

<sup>12</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075.

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 № 326-ФЗ<sup>13</sup>, на основании сведений, устанавливаемых в тарифном соглашении, и не могут превышать общего объема финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования

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

---

<sup>13</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075.

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.