

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ
от 10 февраля 2023 г. N 44н

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ТРЕБОВАНИЙ
К СТРУКТУРЕ И СОДЕРЖАНИЮ ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ**

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа Минздрава России от 18.12.2023 N 701н)

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\(2\) пункта 5](#) 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; 2020, N 52, ст. 8827), приказываю:

1. Утвердить [Требования](#) к структуре и содержанию тарифного соглашения согласно приложению.

2. Признать утратившими силу:

[приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 г. N 1397н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 31 декабря 2020 г., регистрационный N 62007);

[приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 января 2022 г. N 11н "О внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 г. N 1397н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 января 2022 г., регистрационный N 66925);

[приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 декабря 2022 г. N 785н "О внесении изменений в Требования к структуре и

содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 г. N 1397н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 января 2023 г., регистрационный N 71992).

Министр
М.А.МУРАШКО

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 10 февраля 2023 г. N 44н

ТРЕБОВАНИЯ К СТРУКТУРЕ И СОДЕРЖАНИЮ ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ

Список изменяющих документов
(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 18.12.2023 N 701н)

1. 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>, и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее соответственно - Федеральный закон N 323-ФЗ, тарифное соглашение, комиссия, Требования), 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. Структура тарифного соглашения включает следующие разделы:

а) общие положения;

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

в) размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи;

г) размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

д) распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями <3> (по решению субъекта Российской Федерации);

<3> **Пункт 4** Положения о деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н (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), от 25 сентября 2020 г. N 1024н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2020 г., регистрационный N 60369), от 10 февраля 2021 г. N 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 марта 2021 г., регистрационный N 62797), от 26 марта 2021 г. N 254н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2021 г., регистрационный N 63210), от 1 июля 2021 г. N 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный N 64445), от 3 сентября 2021 г. N 908н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 октября 2021 г., регистрационный N 65295), от 15 декабря 2021 г. N 1148н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 января 2022 г., регистрационный N 66968), от 21 февраля 2022 г. N 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный N 67559), от 13 декабря 2022 г. N 789н (зарегистрирован

Министерством юстиции Российской Федерации 30 декабря 2022 г., регистрационный N 71905).

е) заключительные положения.

3. Раздел "Общие положения" включает 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.

4. Раздел "Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в субъекте Российской Федерации" включает 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 <4>, в медицинских организациях:

<4> [Часть 1 статьи 35](#) Федерального закона N 326-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422).

а) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях;

б) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях;

в) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара;

г) при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации;

д) при оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара (при наличии).

4.1. Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты медицинской помощи, отражается в приложении к тарифному соглашению.

5. Раздел "Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи" включает сведения об установленных тарифах на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи <5>, в том числе структуру тарифа на оплату медицинской помощи, предусмотренную [частью 7 статьи 35](#) Федерального закона N 326-ФЗ:

<5> [Глава XII](#) Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н (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), от 25 сентября 2020 г. N 1024н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2020 г., регистрационный N 60369), от 10 февраля 2021 г. N 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 марта 2021 г., регистрационный N 62797), от 26 марта 2021 г. N 254н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2021 г., регистрационный N 63210), от 1 июля 2021 г. N 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный N 64445), от 3 сентября 2021 г. N 908н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 октября 2021 г., регистрационный N 65295), от 15 декабря 2021 г. N 1148н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 января 2022 г., регистрационный N 66968), от 21 февраля 2022 г. N 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный N 67559), от 13 декабря 2022 г. N 789н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 декабря 2022 г., регистрационный N 71905).

5.1. При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях должны устанавливаться:

- а) половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения;
- б) перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования;
- в) перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования;

г) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;

д) размеры базовых подушевых нормативов финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (при необходимости могут выделяться отдельные базовые подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилям "Акушерство и гинекология" и "Стоматология");

е) значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций с учетом установленных в тарифном соглашении:

коэффициентов 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;

коэффициентов половозрастного состава;

коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации);

коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации <6>;

<6> [Указ](#) Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 19, ст. 2334).

коэффициентов дифференциации <7> (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации - значение коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи устанавливается для каждой медицинской организации);

<7> **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; 2022, N 49, ст. 8659).

ж) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга <8>, услуга диализа, посещение, обращение (законченный случай), комплексные посещения, применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями субъекта Российской Федерации лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации;

<8> **Приказ** Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 ноября 2017 г., регистрационный N 48808) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 апреля 2019 г. N 217н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 июня 2019 г., регистрационный N 55024), от 5 марта 2020 г. N 148н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 апреля 2020 г., регистрационный N 57990), от 24 сентября 2020 г. N 1010н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 декабря 2020 г., регистрационный N 61562).

з) перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, предусмотренный **приложением** к Требованиям;

и) размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия (несоответствия) требованиям, предусмотренным **положением** об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению <9>;

<9> **Приказ** Минздравсоцразвития России 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).

5.2. При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара должны устанавливаться:

а) 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;

б) перечень клинико-статистических групп заболеваний (далее - КСГ), в соответствии с перечнем 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 с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, в соответствии с перечнем, приведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

в) размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ):

- в стационарных условиях не ниже 65% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования;

- в условиях дневного стационара не ниже 60% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования;

г) значения коэффициентов:

- коэффициента дифференциации <10> (в случае если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации - значение коэффициента дифференциации устанавливается по территориям оказания медицинской помощи для каждой медицинской организации);

<10> [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; 2022, N 49, ст. 8659).

- коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с [Указом](#) Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики";

- коэффициентов специфики - от 0,8 до 1,4;

- коэффициентов сложности лечения пациента:

предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний) - 0,20;

предоставление 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;

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

развертывание индивидуального поста - 0,20;

наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации, - 0,60;

проведение реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и (или) койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5 суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю "анестезиология и реанимация", и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации) - 0,15;

проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых: в стационарных условиях - 0,63; в условиях дневного стационара - 1,20;

проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение 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;

проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации 0,05;

остальные случаи - 0.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи значения коэффициентов сложности лечения пациента применяются к размеру базовой ставки, скорректированной с учетом коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, за исключением коэффициента сложности лечения пациентов при проведении сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых.

- коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

к первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций,

оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), расположенные на территории закрытых административных территориальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

к третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Размеры коэффициента первого уровня медицинских организаций - 0,9, при выделении подуровней - от 0,8 до 1,0; второго уровня - 1,05, при выделении подуровней - от 0,9 до 1,2; третьего уровня - 1,25, при выделении подуровней - от 1,1 до 1,4.

Для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований, - не менее 1,2.
(пп. "г" в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 18.12.2023 N 701н)

д) размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи:

- 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;

- 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;

е) доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ;

ж) тарифы на оплату услуг диализа;

з) перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;

и) перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно;

к) перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию;

л) тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, установленные с учетом применения коэффициента дифференциации (в случае наличия, по территориям оказания медицинской помощи) к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5.3. При определении размера тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, должны устанавливаться:

а) перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

б) перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования;

в) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;

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

д) значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, с учетом установленных:

коэффициентов половозрастного состава;

коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации);

коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации <11>;

<11> [Указ](#) Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 19, ст. 2334).

коэффициентов дифференциации <12> (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации - значение коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи устанавливается для каждой медицинской организации);

<12> [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).

е) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями субъекта Российской Федерации лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

5.4. При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, должны быть установлены элементы структуры тарифа, указанные в [пункте 5.1](#) Требований.

6. Раздел "Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организацией 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. <13>

<13> [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. N 231н "Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный N 63410) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. N 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный N 64445), от 21 февраля 2022 г. N 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный N 67559).

7. Раздел "Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями" устанавливает распределенные объемы на оказание медицинской помощи в разрезе медицинских организаций по видам, формам и условиям предоставления медицинской помощи.

Объемы предоставления медицинской помощи и финансового обеспечения медицинской помощи распределяются между медицинскими организациями решением комиссий на условиях недопущения превышения нормативов объемов предоставления медицинской помощи и нормативов финансового обеспечения медицинской помощи, утвержденных территориальной программой обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования <14>.

<14> [Пункт 4](#) Положения о деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н (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), от 25 сентября 2020 г. N 1024н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации

14 октября 2020 г., регистрационный N 60369), от 10 февраля 2021 г. N 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 марта 2021 г., регистрационный N 62797), от 26 марта 2021 г. N 254н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2021 г., регистрационный N 63210), от 1 июля 2021 г. N 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный N 64445), от 3 сентября 2021 г. N 908н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 октября 2021 г., регистрационный N 65295), от 15 декабря 2021 г. N 1148н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 января 2022 г., регистрационный N 66968), от 21 февраля 2022 г. N 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный N 67559), от 13 декабря 2022 г. N 789н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 декабря 2022 г., регистрационный N 71905).

В случае распределения объемов предоставления медицинской помощи и финансового обеспечения медицинской помощи для медицинских организаций, включенных в единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования <15>, в течение текущего финансового года, указанные медицинские организации отражаются в тарифном соглашении с указанием даты их включения в единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

<15> [Статья 15](#) Федерального закона N 326-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2020, N 50, ст. 8075).

В целях осуществления контроля эффективности деятельности медицинских организаций, в том числе расположенных в городской и сельской местности, производится их оценка в соответствии с методикой расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций <16>.

<16> [Пункт 3 части 1 статьи 7](#) 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 17, ст. 2725).

8. Раздел "Заключительные положения" должен устанавливать срок действия тарифного соглашения и период вступления в силу внесенных в него изменений.

Приложение
к Требованиям к структуре и содержанию
тарифного соглашения, утвержденным
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 10 февраля 2023 г. N 44н

**ПОКАЗАТЕЛИ
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ,
ФИНАНСИРУЕМЫХ ПО ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ
ФИНАНСИРОВАНИЯ
НА ПРИКРЕПИВШИХСЯ ЛИЦ**

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

2. Доля взрослых 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 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 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 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 с болезнями системы кровообращения <1>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <1>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.

<1> По Международной статистической [классификации](#) болезней и проблем, связанных со здоровьем.

8. Число взрослых с болезнями системы кровообращения <1>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в экстренной и неотложной форме, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <1>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.

9. Доля взрослых 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 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 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, 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, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года

с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.

14. Доля взрослых, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.

15. Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок <2>.

<2> [Приказ](#) Минздрава России от 6 декабря 2021 г. N 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации от 20 декабря 2021 г., регистрационный N 66435).

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

20. 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.

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

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

23. 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.

24. 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.

25. 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.
