

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ
от 18 ноября 2014 г. N 200

ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ТРЕБОВАНИЙ К СТРУКТУРЕ И СОДЕРЖАНИЮ ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ

Список изменяющих документов
(в ред. Приказов ФФОМС от 14.04.2015 [N 64](#), от 29.11.2016 [N 267](#))

В соответствии со [статьей 30](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529; N 49, ст. 7047, 7057; 2012, N 31, ст. 4322; N 49, ст. 6758; 2013, N 7, ст. 606; N 27, ст. 3477; N 30, ст. 4084; N 39, ст. 4883; N 48, ст. 6165; N 52, ст. 6955; 2014, N 11, ст. 1098; N 28, ст. 3851; N 30, ст. 4269) приказываю:

1. Установить [Требования](#) к структуре и содержанию тарифного соглашения согласно приложению.
2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Контрольно-ревизионное управление Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Председатель
Н.СТАДЧЕНКО

Приложение

ТРЕБОВАНИЯ К СТРУКТУРЕ И СОДЕРЖАНИЮ ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ

Список изменяющих документов
(в ред. Приказов ФФОМС от 14.04.2015 [N 64](#), от 29.11.2016 [N 267](#))

I. Общие положения

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 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446; 2013, N 27, ст. 3459, 3477; N 30, ст. 4038; N 39, ст. 4883; N 48, ст. 6165; N 52, ст. 6951; 2014, N 30, ст. 4106, 4244, 4247, 4257; N 23, ст. 2930) и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями) (далее - тарифное соглашение), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - тарифная комиссия) (далее - требования), устанавливаются в соответствии с [частью 2 статьи 30](#)

Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

2. Способы оплаты медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи, определенных [частью 3 статьи 32](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации":

1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

3. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

1) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа):

первичную медико-санитарную помощь;

и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль;

и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

и (или) паллиативную медицинскую помощь;

2) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные) <1>;

<1> В соответствии с [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2013 г. N 529н "Об утверждении номенклатуры медицинских организаций" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 сентября 2013 г., регистрационный N 29950).

3) коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

(п. 3 в ред. [Приказа](#) ФФОМС от 29.11.2016 N 267)

4. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи в субъекте Российской Федерации допускается дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в части их размера и структуры, устанавливаемых в соответствии с [пунктом 3](#) настоящих требований, по группам медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций с учетом объективных критериев: вида медицинской помощи, среднего радиуса территории обслуживания, количества фельдшерско-акушерских пунктов, уровня расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

5. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи в

субъекте Российской Федерации применяется коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с [постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года 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; N 37, ст. 5002; 2013, N 45, ст. 5821).

6. В случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько [районных коэффициентов](#) к заработной плате и процентных надбавок 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 расчетных уровней индекса бюджетных расходов, при установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи для медицинских организаций учитываются значения вышеперечисленных показателей, установленные для территории, на которой расположена медицинская организация.

7. При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, а также подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации в субъекте Российской Федерации применяются половозрастные коэффициенты дифференциации. Для определения половозрастных коэффициентов дифференциации численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации распределяется на следующие половозрастные группы (далее - половозрастные группы):

- ноль - один год мужчины/женщины;
- один год - четыре года мужчины/женщины;
- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать лет - пятьдесят девять лет мужчины;
- восемнадцать лет - пятьдесят четыре года женщины;
- шестьдесят лет и старше мужчины;
- пятьдесят пять лет и старше женщины.

8. При определении половозрастных коэффициентов дифференциации в субъекте Российской Федерации допустимо использовать распределение численности застрахованных лиц на иные половозрастные подгруппы с учетом дифференциации в оказании медицинской помощи.

II. Структура тарифного соглашения

9. Структура тарифного соглашения включает следующие разделы:

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

III. Содержание тарифного соглашения

10. Раздел "Общие положения" содержит сведения об основаниях заключения тарифного соглашения (нормативные правовые акты, в соответствии с которыми разрабатывалось и заключалось тарифное соглашение), предмете тарифного соглашения, представителях сторон, заключивших тарифное соглашение (перечень представителей указывается в соответствии со [статьей 30](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"), а также иную информацию в части общих положений

(основные термины, определения и прочее).

11. Раздел "Способы оплаты медицинской помощи" содержит сведения о применении способов 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 в соответствии со [статьей 35](#) Федерального закона 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

11.1. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе включают:

1) перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, включающий следующие разделы:

1.1) медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее - подушевой норматив);

1.2) медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

2) перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу;

3) перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (при их использовании) и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей.

11.2. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе включают:

1) перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;

2) порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

11.3. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в том числе включают:

1) перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара;

2) порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

11.4. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, включают:

1) перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (далее - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи);

2) перечень медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам.

11.5. Перечни медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), устанавливаемые в соответствии с [подпунктом 1 пункта 11.1](#), [подпунктом 1 пункта 11.2](#), [подпунктом 1 пункта 11.3](#), [подпунктом 1 пункта 11.4](#) настоящих Требований, формируются в разрезе групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских

организаций в соответствии с [пунктами 3 и 4](#) настоящих Требований.

(п. 11.5 введен [Приказом](#) ФФОМС от 14.04.2015 N 64)

12. Раздел "Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи" включает в себя тарифы на оплату медицинской помощи и их структуру.

12.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной [разделом XI](#) Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 года, регистрационный N 19998), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 марта 2013 года N 160н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2013 года, регистрационный N 28480), от 20 ноября 2013 года N 859ан "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 ноября 2013 года, регистрационный N 30489).

12.2. Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с [номенклатурой](#) медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года N 1664н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 января 2012 года, регистрационный N 23010), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2013 года N 794н "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года N 1664н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 31 декабря 2013 года, регистрационный N 30977).

12.3. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;

2) размер подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу;

3) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов;

4) половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива.

12.4. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливаются:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной

программой обязательного медицинского страхования;

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

3) размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ;

4) поправочные коэффициенты оплаты КСГ или КПГ, установленные в субъекте Российской Федерации (при наличии):

- управленческий коэффициент;

- коэффициент уровня оказания медицинской помощи;

- коэффициент сложности лечения пациента;

5) тарифы (коэффициенты), применяемые для оплаты прерванных случаев лечения (при наличии);

6) тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи.

12.5. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливаются:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;

2) перечень групп заболеваний, в том числе КСГ или КПГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ или КПГ;

3) размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ;

4) поправочные коэффициенты оплаты КСГ или КПГ, установленные в субъекте Российской Федерации (при наличии):

- управленческий коэффициент;

- коэффициент уровня оказания медицинской помощи;

- коэффициент сложности лечения пациента;

5) тарифы на оплату медицинской помощи, применяемые для оплаты прерванных случаев лечения (при наличии).

12.6. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;

2) размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи;

3) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, медицинская услуга), применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов;

4) половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи.

13. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации и в части базовой программы обязательного медицинского страхования 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 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.

(п. 13 в ред. [Приказа](#) ФФОМС от 14.04.2015 N 64)

14. 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" содержит 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.

15. Раздел "Заключительные положения" устанавливает срок действия Тарифного соглашения, порядок его изменения, порядок индексации тарифов, а также иные аспекты оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования. Тарифное соглашение считается действующим при условии подписания его представителями всех сторон, включенных в состав тарифной комиссии.
