




**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(Минздрав России)

П Р И К А З

12 февраля 2021 г.

Москва



ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
 Регистрационный № 62738
 от 12 марта 2021 г.

№ 804

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

В соответствии с частью 2¹ 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 5.2.136¹ 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; 2019, № 4, ст. 330), приказываю:

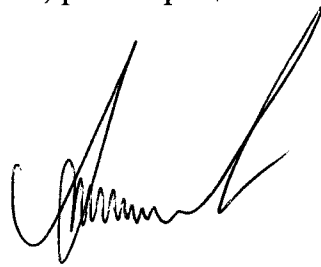
1. Утвердить:

порядок и сроки рассмотрения тарифных соглашений, заключаемых в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», подготовки заключения Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования согласно приложению № 1;

типовую форму заключения Федерального фонда обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования согласно приложению № 2.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 января 2019 г. № 25н «Об утверждении порядка и сроков рассмотрения тарифных соглашений, заключаемых в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», подготовки заключения Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования и его типовой формы» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 марта 2019 г., регистрационный № 54145).

Министр



М.А. Мурашко

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 12 » декабря 2021 г. № 804

**Порядок и сроки рассмотрения тарифных соглашений,
заключаемых в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона
от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании
в Российской Федерации», подготовки заключения Федеральным фондом
обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного
соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования**

1. Настоящие порядок и сроки определяют правила рассмотрения тарифных соглашений, заключаемых в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»¹ (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ) между органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченными высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, территориальными фондами 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»², и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее соответственно – тарифное соглашение, комиссия), а также дополнительных соглашений, предусматривающих изменения в тарифные соглашения (далее – дополнительное соглашение), подготовки заключения Федеральным фондом обязательного медицинского страхования об их соответствии базовой программе обязательного медицинского страхования, порядок подготовки заключения Федерального фонда обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного соглашения (дополнительного соглашения) базовой программе обязательного медицинского страхования (далее соответственно – заключение, Фонд) в соответствии с типовой формой, утвержденной настоящим приказом (далее – типовая форма).

2. В соответствии с частью 2¹ статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ тарифное соглашение (дополнительное соглашение) не позднее 5 рабочих дней со дня его заключения направляется председателем комиссии в Фонд для подготовки заключения.

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075

² Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2018, № 53, ст. 8415

3. Срок подготовки заключения определяется Фондом самостоятельно, но не может превышать 15 рабочих дней со дня поступления на заключение в Фонд тарифного соглашения (дополнительного соглашения).

В случае необходимости получения от председателя комиссии дополнительной информации или разъяснений для подготовки заключения, в том числе в случае непредставления одновременно с тарифным соглашением (дополнительным соглашением) документов, указанных в пункте 5 настоящих порядка и сроков, срок рассмотрения тарифного соглашения (дополнительного соглашения) и подготовки заключения продлевается до 10 рабочих дней со дня получения от председателя комиссии документов, указанных в пункте 5 настоящих порядка и сроков, о чем сообщается председателю комиссии.

В случае направления в Фонд председателем комиссии дополнительного соглашения, срок рассмотрения которого не позволит обеспечить его рассмотрение Фондом с учетом сроков, указанных в абзацах первом и втором настоящего пункта, до истечения действия тарифного соглашения, Фонд вправе не принимать указанное дополнительное соглашение к рассмотрению. Дополнительное соглашение, не принимаемое Фондом к рассмотрению, возвращается Фондом председателю комиссии.

4. Фонд рассматривает тарифное соглашение (дополнительное соглашение) на соответствие его базовой программе обязательного медицинского страхования (далее – базовая программа), в том числе устанавливаемым в базовой программе требованиям к территориальной программе обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа) и положениям базовой программы по порядку формирования и структуре тарифов на оплату медицинской помощи, Требованиям к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 г. № 1397н³ (далее – Требования), в части:

соответствия указанных в тарифном соглашении (дополнительном соглашении) способов оплаты медицинской помощи способам оплаты медицинской помощи, приведенным в территориальной программе в рамках базовой программы (при соответствии территориальной программы базовой программе), базовой программе и Требованиях;

соответствия количества указанных в тарифном соглашении (дополнительном соглашении) способов оплаты медицинской помощи количеству способов оплаты медицинской помощи, указанных в территориальной программе в рамках базовой программы (при соответствии территориальной программы базовой программе), или базовой программе в части приведенных в территориальной программе перечней страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи, медицинских организаций, осуществляющих оказание медицинской помощи и которым распределены

³ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 31 декабря 2020 г., регистрационный № 62007

в соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона № 326-ФЗ⁴ объемы предоставления медицинской помощи в рамках базовой программы;

соответствия указанных в тарифном соглашении (дополнительном соглашении) размеров элементов структуры тарифов на оплату медицинской помощи, в том числе подушевых нормативов финансирования, нормативов финансовых затрат на единицу объемов предоставления медицинской помощи, нормативов финансирования структурных подразделений медицинских организаций (далее при совместном упоминании – тарифы на оплату медицинской помощи) соответствующим размерам (диапазонам размеров, требованиям к размерам), установленным в территориальной программе в рамках базовой программы (при соответствии территориальной программы базовой программе), базовой программе, Требованиях;

соответствия перечней расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования, соответствующим перечням, приведенным в территориальной программе в рамках базовой программы (при соответствии территориальной программы базовой программе), базовой программе, Требованиях;

соответствия перечня групп заболеваний, состояний, в том числе клинко-статистических групп и клинко-профильных групп заболеваний, при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по которым в тарифном соглашении (дополнительном соглашении) указаны размеры элементов структуры тарифов, соответствующему перечню, приведенному в территориальной программе в рамках базовой программы (при соответствии территориальной программы базовой программе), базовой программе;

соответствия перечня высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, по которым в тарифном соглашении (дополнительном соглашении) указаны размеры элементов структуры тарифов, соответствующему перечню, приведенному в территориальной программе в рамках базовой программы (при соответствии территориальной программы базовой программе), базовой программе;

соответствия перечня диагностических (лабораторных) исследований и медицинской помощи, оплата которой осуществляется за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу), по которым в тарифном соглашении (дополнительном соглашении) указаны размеры элементов структуры тарифов, соответствующему перечню, приведенному в территориальной программе в рамках базовой программы (при соответствии территориальной программы базовой программе), базовой программе;

⁴ Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6420; 2020, № 50, ст. 8075

соответствия количества указанных в тарифном соглашении (дополнительном соглашении) размеров элементов структуры тарифов на оплату медицинской помощи, сведениям, приведенным в территориальной программе в рамках базовой программы (при соответствии территориальной программы базовой программе), или базовой программе в части приведенных в территориальной программе медицинских организаций, осуществляющих оказание медицинской помощи и которым распределены в соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона № 326-ФЗ объемы предоставления медицинской помощи;

соответствия указанных в тарифном соглашении (дополнительном соглашении) размеров оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа, соответствующим размерам (диапазонам размеров, требованиям к размерам), приведенным в территориальной программе в рамках базовой программы (при соответствии территориальной программы базовой программе), базовой программе, Требованиях;

соответствия установленного в тарифном соглашении (дополнительном соглашении) распределения объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями нормативам объемов предоставления медицинской помощи, установленным в территориальной программе в рамках базовой программы (при соответствии территориальной программы базовой программе), базовой программе (при установлении в тарифном соглашении (дополнительном соглашении) распределения объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями);

соответствия структуры и содержания тарифного соглашения (дополнительного соглашения) Требованиям, а также отсутствия внутренних противоречий в содержании тарифного соглашения (дополнительного соглашения);

соответствия установленного в тарифном соглашении (дополнительном соглашении) объема финансового обеспечения медицинской помощи по медицинским организациям значениям нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо (в том числе средним, дифференцированным) и значениям нормативов объемов финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо (в том числе средним, дифференцированным) (при установлении в тарифном соглашении (дополнительном соглашении) распределения объемов финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями);

соответствия установленных в тарифном соглашении (дополнительном соглашении) размеров элементов структуры тарифов на оплату перечня

страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи, установленных в территориальной программе в дополнение к базовой программе (далее – дополнительная медицинская помощь), с учетом распределенных между медицинскими организациями объемов предоставления дополнительной медицинской помощи значениям нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления дополнительной медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо (в том числе средних, дифференцированных) и значениям нормативов финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо, установленным в территориальной программе, а также объема финансового обеспечения территориальной программы за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации на соответствующие цели;

соответствия установленных в тарифном соглашении (дополнительном соглашении) размеров элементов структуры тарифов на оплату медицинской помощи с учетом распределенных между медицинскими организациями объемов предоставления медицинской помощи значениям нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо (в том числе средних, дифференцированных) и значениям нормативов финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо, установленным в территориальной программе в рамках базовой программы (при соответствии территориальной программы базовой программе), а также объему финансового обеспечения территориальной программы.

5. Для подготовки заключения председателем комиссии одновременно с тарифным соглашением (дополнительным соглашением) в Фонд направляются пояснительная записка и финансово-экономическое обоснование к тарифному соглашению (дополнительному соглашению), составленные по формам, размещаемым Фондом на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Пояснительная записка и финансово-экономическое обоснование к тарифному соглашению (дополнительному соглашению) подписываются председателем комиссии или уполномоченным им лицом.

6. По результатам рассмотрения тарифного соглашения (дополнительного соглашения) на соответствие базовой программе Фонд подготавливает заключение. Заключение оформляется в соответствии с типовой формой согласно приложению № 2 к настоящему приказу и содержит вывод о соответствии (несоответствии) тарифного соглашения (дополнительного соглашения) базовой программе.

7. В заключении, содержащем вывод о несоответствии тарифного соглашения (дополнительного соглашения) базовой программе, также указывается срок, в течение которого представители сторон тарифного соглашения, указанных в части 2 статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ, обеспечивают внесение изменений в тарифное соглашение (дополнительное соглашение), а председатель комиссии повторно направляет его в Фонд (указанный срок не может быть менее 5 рабочих дней со дня подписания

заклучения).

8. Заключение подписывается председателем Фонда или уполномоченным им лицом и направляется председателю комиссии не позднее рабочего дня, следующего за днем подписания заключения.

9. Повторное рассмотрение Фондом тарифного соглашения (дополнительного соглашения) осуществляется в соответствии с пунктами 3-8 настоящих порядка и сроков.

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «12» февраля 2021 г. № 804

**Типовая форма
заключения Федерального фонда обязательного медицинского
страхования о соответствии тарифного соглашения
(дополнительного соглашения к тарифному соглашению)
базовой программе обязательного медицинского страхования**

Бланк письма
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования

Председателю комиссии по разработке
территориальной программы
обязательного
медицинского страхования

(наименование субъекта Российской Федерации)

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Заключение

**Федерального фонда обязательного медицинского страхования
о соответствии тарифного соглашения (дополнительного соглашения
к тарифному соглашению) базовой программе
обязательного медицинского страхования**

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
(далее – Фонд) в соответствии с частью 2¹ статьи 30 Федерального закона
от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании
в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ)
рассмотрел тарифное соглашение (дополнительное соглашение
от _____ № _____ к тарифному соглашению)

_____ на _____ ГОД
(наименование субъекта Российской Федерации) (год действия тарифного соглашения)

(далее – тарифное соглашение, дополнительное соглашение соответственно),
направленное председателем комиссии по разработке территориальной
программы обязательного медицинского страхования письмом

_____ для подготовки настоящего
(реквизиты письма)

заключения, и сообщает.

Тарифное соглашение (дополнительное соглашение) направлено в Фонд в срок, установленный (с нарушением срока, установленного) (выбрать нужное) Федеральным законом № 326-ФЗ.

По результатам рассмотрения тарифного соглашения (дополнительного соглашения) проведен анализ соответствия тарифного соглашения (дополнительного соглашения) базовой программе обязательного медицинского страхования и сделан вывод о соответствии (несоответствии) (выбрать нужное) тарифного соглашения (дополнительного соглашения) базовой программе обязательного медицинского страхования.

В нарушение базовой программы обязательного медицинского страхования:

Срок повторного направления на рассмотрение тарифного соглашения (дополнительного соглашения) – «___» _____ 20___ г.

Председатель Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
или уполномоченное им лицо

(подпись)

Ф.И.О. (последнее -
при наличии)