

Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 80н

Министерство здравоохранения Российской Федерации · № 80н от 12.02.2021

• Действующий акт

Актуально на 30.10.2026.

Как цитировать: Приказ Минздрава России от 12.02.2021 N 80н. 80н. 12.02.2021.

<https://bukva.ai/docs/prikaz-80n-2021>

«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»

(Зарегистрировано в Минюсте России 12.03.2021 № 62738)

Примечание

Начало действия документа — 23.03.2021.

Зарегистрировано в Минюсте России 12 марта 2021 г. № 62738

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ от 12 февраля 2021 г. № 80н

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 2.1 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 5.2.136.1 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 февраля 2021 г. № 80н

**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).

<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.

2. В соответствии с частью 2.1 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.

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. № 1397н <3> (далее – Требования), в части:

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

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 в соответствии с **частью 10 статьи 36** Федерального закона № 326-ФЗ <4> объемы предоставления медицинской помощи в рамках базовой программы;

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

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;

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 заключения).

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. № 80н

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 2.1 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010

г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон N 326-ФЗ) рассмотрел тарифное

соглашение (дополнительное соглашение от ____ N ____ 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 _____ (реквизиты письма) для подготовки настоящего 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)
