

Заместитель министра
здравоохранения
Липецкой области



Л.И.Самошина

« 11 » декабря 2025г.

Заместитель директора – начальник
финансово-экономического
управления
территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Липецкой области



О.В. Перфилова

« 11 » декабря 2025г.

Председатель
Липецкой областной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ



Н.Ю. Зубова

« 11 » декабря 2025г.

Представитель страховых
медицинских организаций
директор Липецкого филиала АО
«Страховая компания «СОГАЗ– Мед»



А.С. Неугодов

« 11 » декабря 2025г.

Член правления Липецкой областной
общественной организации содействия
реализации прав медицинских
работников «Ассоциация медицинских
работников»



А.Н. Степанов

« 11 » декабря 2025г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 12 К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ

на оплату медицинской помощи
по обязательному медицинскому страхованию
на территории Липецкой области на 2025 год

Липецк 2025

Министерство здравоохранения Липецкой области в лице заместителя министра Самошиной Лилии Викторовны, действующей на основании Положения, именуемое в дальнейшем «Министерство»,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Липецкой области в лице заместителя директора – начальника финансово-экономического управления фонда Перфиловой Ольги Васильевны, действующей на основании Положения, именуемый в дальнейшем «ТФОМС Липецкой области»,

Страховые медицинские организации в лице директора Липецкого филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Неугодова Александра Сергеевича, действующего на основании доверенности, именуемые в дальнейшем «Страховщики»,

Липецкая областная общественная организация содействия реализации прав медицинских работников «Ассоциация медицинских работников» в лице члена правления ассоциации Степанова Алексея Николаевича, действующего на основании Устава,

Липецкая областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Зубовой Натальи Юрьевны, действующей на основании Устава, именуемая в дальнейшем «Профсоюз»,

далее все вместе именуемые «Стороны» в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Липецкой области на 2025 год (далее Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. В связи с внесением изменений от 19.11.2025 № 31-2/И/2-23252 / № 00-10-26-2-06/19170 в Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в части порядка расчета показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, пункт 3.1.4 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«3.1.4. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, применяемых при осуществлении выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, критерии их оценки, размер и порядок осуществления выплат за их выполнение.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (далее – показатели результативности) приведен в приложении № 25 к тарифному соглашению.

Показатели разделены на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи – профилактические мероприятия и диспансерное наблюдение разным категориям населения (взрослому населению, детскому населению, акушерско-гинекологической помощи), а также оценку качества оказания медицинской помощи прикрепленному населению в амбулаторных условиях.

В случае, когда показатель(-и) результативности одного из блоков неприменим(-ы) для конкретной медицинской организации и (или) отчетного периода, суммарный максимальный балл и итоговый коэффициент для соответствующей медицинской организации рассчитываются без учета этого показателя(-ей).

Оценка показателей, входящих в блок 1 (взрослое население) осуществляется в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, для которых Комиссией по разработке территориальной программы ОМС распределены объемы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях взрослому населению.

Оценка показателей, входящих в блок 2 (детское население) осуществляется в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, для которых Комиссией по разработке территориальной программы ОМС распределены объемы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях детскому населению.

Оценка показателей, входящих в блок 3 (женское население) осуществляется в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, для которых Комиссией по разработке территориальной программы ОМС распределены объемы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю акушерство-гинекология.

Оценка показателей, входящих в блок 4 (оценка качества оказания медицинской помощи) осуществляется в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, для которых Комиссией по разработке территориальной программы ОМС распределены объемы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Каждый показатель, включенный в блок, оценивается в баллах, которые суммируются. Показатели результативности, включенные в блок 4 «Оценка качества оказания медицинской помощи» могут иметь отрицательные значения, при этом баллы вычитаются из количества баллов, набранных медицинской организацией по четвертому блоку показателей. При достижении отрицательного количества баллов по четвертому блоку при подсчете общей суммы баллов по медицинской организации, количество баллов по четвертому блоку принимается равным нулю.

Максимально возможная сумма баллов по каждому блоку составляет:

- 35 баллов для показателей блока 1 (взрослое население);
- 35 баллов для показателей блока 2 (детское население);
- 35 баллов для показателей блока 3 (женское население);
- 35 баллов для показателей блока 4 (оценка качества оказания медицинской помощи).

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется соответствующий балл.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы: I – выполнившие до 40 процентов показателей, II – от 40 (включительно) до 60 процентов показателей, III – от 60 (включительно) процентов показателей. Показатель считается выполненным только при положительном количестве баллов.

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций определен приложением № 25 к Тарифному соглашению (в соответствии с Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»).

В случае, если медицинская организация удовлетворяет нескольким критериям для начисления баллов, ей присваивается максимальный из возможных для начисления балл. В случае, если значение, указанное в знаменателе соответствующих формул, приведенных в Приложении № 25 к Тарифному соглашению, равняется нулю, баллы по показателю не начисляются, а указанный показатель исключается из числа применяемых показателей при расчете доли достигнутых показателей результативности для медицинской организации за период.

Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей:

1 часть – распределение 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения.

$$ОС_{РД(нас)}^j = \frac{0,7 \times ОС_{РД}^j}{\sum \text{Числ}},$$

где:

$ОС_{РД(нас)}^j$ – объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

$ОС_{РД}^j$ – совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum \text{Числ}$ численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации используется средняя численность за период.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ($\text{ОС}_{\text{РД(нас)}}^j_i$), рассчитывается следующим образом:

$$\text{ОС}_{\text{РД(нас)}}^j_i = \text{ОС}_{\text{РД(нас)}}^j \times \text{Числ}_i^j,$$

где

Числ_i^j численность прикрепленного населения в j-м периоде к i-той медицинской организации II и III групп.

2 часть – распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующей период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

$$\text{ОС}_{\text{РД(балл)}}^j = \frac{0,3 \times \text{ОС}_{\text{РД}}^j}{\sum \text{Балл}},$$

где:

$\text{ОС}_{\text{РД(балл)}}^j$ объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

$\text{ОС}_{\text{РД}}^j$ совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum \text{Балл}$ количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию III группы за j-тый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций ($\text{ОС}_{\text{РД(балл)}}^j_i$), рассчитывается следующим образом:

$$\text{ОС}_{\text{РД(балл)}}^j_i = \text{ОС}_{\text{РД(балл)}}^j \times \text{Балл}_i^j,$$

где:

Балл_i^j количество баллов, набранных в j-м периоде i-той медицинской организацией III группы.

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы,

распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию III группы за j-тый период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за j-тый период – равняется нулю.

Осуществление выплат стимулирующего характера медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится в полном объеме при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее – показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а так же фактического выполнения не менее 90 процентов установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

Показатель смертности взрослого населения рассчитывается на 1000 прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет, показатель смертности детей – на 100 тысяч прикрепленных детей в возрасте 0-17 лет.

Если в предшествующем и текущем периодах показатель смертности взрослого населения и (или) детей равен 0, выплаты стимулирующего характера производятся без учета данного показателя.

При анализе фактического выполнения установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС объемов предоставления медицинской помощи учитывается средний процент выполнения объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, и по поводу заболеваний.

В случае, если достигнуто снижение показателей смертности взрослого населения и (или) детей, а выполнение медицинской организацией указанных объемов медицинской помощи составило менее 90 процентов, при расчете размера выплат стимулирующего характера применяется понижающий коэффициент 0,9.

В случае, если не достигнуто снижение показателей смертности взрослого населения и (или) детей, а выполнение медицинской организацией указанных объемов медицинской помощи составило 90 процентов и более, при расчете размера выплат стимулирующего характера применяется понижающий коэффициент 0,9.

В случае, если не достигнуто снижение показателей смертности взрослого населения и (или) детей и выполнение медицинской организацией указанных объемов медицинской помощи составило менее 90 процентов, к сумме стимулирующих выплат применяется понижающий коэффициент 0,85.

Объем средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты, не распределенный между медицинскими организациями II и III группы в результате применения вышеуказанных понижающих коэффициентов к размеру стимулирующих выплат, распределяется между указанными медицинскими организациями пропорционально размеру стимулирующих выплат с учетом вышеуказанных понижающих коэффициентов.

Размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности, составляет 5% от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы ОМС ежеквартально (по итогам работы за период декабрь предыдущего года – февраль текущего года (включительно), за период декабрь предыдущего года – май текущего года (включительно), за период декабрь предыдущего года – август текущего года (включительно), за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно).

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности осуществляется по итогам года. При этом выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за ноябрь».

2. Приложение № 25 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции;

3. В связи с изменениями, внесенными в Постановление Правительства Липецкой области от 28.12.2024 № 739 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов», в приложениях № 1, № 4, № 5, № 7 к Тарифному соглашению текст «ГУЗ «Елецкая городская больница им. Н.А. Семашко» заменить текстом «ГУЗ «Елецкая городская клиническая больница им. Н.А. Семашко»;

4. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с даты его подписания Сторонами и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие:

- по пунктам 1, 2 - с 19.11.2025;
- по пункту 3 - с 01.12.2025;

5. Настоящее Дополнительное соглашение изготовлено в пяти экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.