

Министр здравоохранения
Липецкой области


_____ А.В. Маркова
«09» сентября 2025г.

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


_____ О.В. Перфилова
«09» сентября 2025г.

Председатель
Липецкой областной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ

_____ Н.Ю. Зубова
«09» сентября 2025г.

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


_____ А.С. Неугодов
«09» сентября 2025г.

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

_____ А.Н. Степанов
«09» сентября 2025г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 7 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 министра Марковой Анны Владимировны, 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 28.02.2019 № 108н, 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 пункте 1.1. текст «от 28.02.2019 № 108н» заменить текстом «от 21.08.2025 № 496н»;

2. В пункте 1.3. текст «08.08.2024» заменить текстом «23.07.2025»;

3. В пункте 1.3. текст «29.10.2024» заменить текстом «28.12.2024»;

4. В пункте 1.3. текст «08.08.2024» заменить текстом «24.06.2025»;

5. В пункте 1.3. текст «14.02.2024» заменить текстом «15.05.2025»;

6. В пункте 1.3. текст «Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (с изменениями на 04.09.2024) (далее – Правила 108н)» заменить текстом «Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (с изменениями на 04.09.2024) (далее – Правила 496н)»;

7. В пункте 2.1. текст «30.12.2020 № 1417н» заменить текстом «06.08.2025 № 470н»;

8. В пункте 2.1. текст «п. 208 раздела XII Правил 108н» заменить текстом «п. 292 раздела XI Правил 496н»;

9. В пункте 2.2.1.1. текст «Приказом Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2012 № 406н» заменить текстом «Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 216н»;

10. В пункте 2.2.1.1. текст «В этом случае лечащий врач оформляет направление по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.11.2004 № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».» заменить текстом «В этом случае лечащий врач оформляет соответствующее направление.»;

11. В пункте 2.2.1.6. текст «приложением № 8 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н» заменить текстом «приложением № 10 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н»;

12. Пункт 2.2.1.9. изложить в следующей редакции:

«2.2.1.9. Порядок оплаты диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 212н.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

На оплату в СМО предоставляется законченный случай проведения диспансеризации в случае выполнения установленного объема обследования не менее 100 %.

Незаконченные случаи диспансеризации не подлежат оплате по тарифам на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении

исследований, включенных в перечень исследований, установленный приложением №1 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2025 № 212н, врач, ответственный за проведение диспансеризации, врачи-специалисты, участвующие в проведении диспансеризации, направляют несовершеннолетнего на дополнительный осмотр врачом-специалистом и (или) исследование (II этап).

Оплата таких медицинских услуг осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи по проведению диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

»;

13. Пункт 2.2.1.10. изложить в следующей редакции:

«2.2.1.10. Порядок оплаты диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью

Диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.04.2022 № 275н.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

На оплату в СМО предоставляется законченный случай проведения диспансеризации в случае выполнения установленного объема обследования не менее 100 %.

Незаконченные случаи диспансеризации не подлежат оплате по тарифам на проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении исследований, включенных в перечень исследований, установленный приложением №1 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2025 № 212н, врач, ответственный за проведение диспансеризации,

врачи-специалисты, участвующие в проведении диспансеризации, направляют несовершеннолетнего на дополнительный осмотр врачом-специалистом и (или) исследование (II этап).

Оплата таких медицинских услуг осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи по проведению диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

»;

14. Пункт 2.2.1.11. изложить в следующей редакции:

«2.2.1.11. Порядок оплаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних

Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних осуществляются в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2025 № 211н.

Профилактические осмотры проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в перечень исследований, установленный приложением № 1 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2025 № 211н, врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, врачи-специалисты, участвующие в проведении профилактического осмотра, направляют несовершеннолетнего на дополнительную консультацию и (или) исследование (II этап).

Оплата таких медицинских услуг осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Оплата реестров медицинской помощи по проведению профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

»;

15. В пункте 3.1.4. перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций изложить в следующей редакции:

«

№	Наименование показателя	Предположи- тельный результат	Индикаторы выполнения показателя ***	Макс. балл
1	Доля лиц в возрасте от 18 до 39 лет, не прошедших в течение последних двух лет профилактический медицинский осмотр или диспансеризацию, от общего числа прикрепленного населения этой возрастной группы.			
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.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 1 балл; Прирост ≥ 10 % - 2 балла; Выше среднего - 1 балл; Максимально возможное значение - 2 балла	2
3	Доля взрослых с подозрением на злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах или диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с подозрением на злокачественное новообразование или 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.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
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	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла; Максимально	1

	период.		возможное значение - 1 балл	
6	Доля взрослых с подозрением на злокачественное новообразование органов дыхания, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа взрослых пациентов с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование органов дыхания.			
7	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения * с высоким риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний), состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения* с высоким риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний)			

8	Доля лиц 18 лет и старше, состоявших под диспансерным наблюдением по поводу болезней системы кровообращения, госпитализированных в связи с обострениями или осложнениями болезней системы кровообращения*, по поводу которых пациент состоит на диспансерном наблюдении, от всех лиц соответствующего возраста, состоявших на диспансерном наблюдении по поводу болезней системы кровообращения* 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.	Достижение планового показателя (90 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте 18 лет и старше)	100 % плана или более – 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла	1
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.	Достижение планового показателя (100 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте 18 лет и старше)	100 % плана или более – 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла	1
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.	Достижение планового показателя (100 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте 18 лет и старше)	100 % плана или более – 2 балла; Выше среднего – 1 балл	2
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.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 1 балл; Ниже среднего - 0,5 балла; Минимально возможное значение - 1 балл	1

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.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 3% - 0 баллов; Уменьшение $\geq$ 3% - 1 балл; Уменьшение $\geq$ 7% - 2 балла; Ниже среднего - 1 балл; Минимально возможное значение - 2 балла	2
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.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение $\geq$ 5 % - 0,5 балла; Уменьшение $\geq$ 10 % - 1 балл; Ниже среднего - 0,5 балла; Минимально возможное значение - 1 балл	1
15	Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок.	Достижение планового показателя (95 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % плана или более – 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла	1
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.	Достижение планового показателя (80 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению – 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла	1
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.	Достижение планового показателя (80 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению – 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла	1

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.	Достижение планового показателя (85 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению – 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла	1
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.	Достижение планового показателя (85 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению – 2 балла; Выше среднего – 1 балл	2
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.	Достижение планового показателя (85 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению – 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла	1
21	Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл Выше среднего – 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
22	Доля мужчин с подозрением на злокачественное новообразование предстательной железы, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа мужчин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным злокачественным новообразованием предстательной железы.			

23	Доля женщин с подозрением на злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа женщин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, за период.			
24	Доля женщин с подозрением на злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа женщин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни 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.	Достижение планового показателя (98 % от общего числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам за период)	100 % плана или более – 2 балла; Выше среднего – 1 балл	2
26	Доля лиц в возрасте от 40 до 65 лет, не прошедших в течение последних двух лет профилактический медицинский осмотр или диспансеризацию, от общего числа прикрепленного населения этой возрастной группы.			
27	Доля экспертиз качества медицинской помощи, оказанной в рамках диспансерного наблюдения, в которых выявлены нарушения, приведшие к ухудшению состояния здоровья, летальному исходу застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи.			
28	Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к ухудшению состояния здоровья			

	застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи.			
29	Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к инвалидизации застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи.			
30	Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к летальному исходу застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи.			
31	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, с последующим ухудшением состояния здоровья.			
32	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, приведший к летальному исходу.			
33	Доля застрахованных лиц, которым оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, с впервые выявленным диагнозом, по которому предусмотрено установление диспансерного наблюдения и получивших в течение трех рабочих дней консультацию врача-специалиста (фельдшера фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерского пункта при условии возложения на него функции лечащего врача), от застрахованных лиц, которым оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, с диагнозом, по которому предусмотрено установление диспансерного наблюдения (за исключением тех пациентов, которые направлены на лечение в стационарных условиях и в условиях дневного стационара).			

»;

16. Из пункта 3.1.4. исключить текст следующего содержания «Показатели разделены на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи разным категориям населения (взрослому населению, детскому населению, акушерско-гинекологической помощи) в амбулаторных условиях.

В случае, когда группа показателей результативности одного из блоков неприменима для конкретной медицинской организации и (или) отчетного периода, суммарный максимальный балл и итоговый коэффициент для соответствующей медицинской организации рассчитываются без учета этой группы показателей.

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

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

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

Каждый показатель, включенный в блок, оценивается в баллах, которые суммируются. Максимально возможная сумма баллов по каждому блоку составляет:

- 19 баллов для показателей блока 1;
- 7 баллов для показателей блока 2;
- 6 баллов для показателей блока 3.

»;

17. В пункте 3.1.6. текст «543н» заменить текстом «202н»;

18. Таблицу в пункте 3.2.7. после строки с № КСГ st36.048 дополнить строкой следующего содержания:

«

st36.049	Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)
----------	---

»;

19. Раздел 4 изложить в следующей редакции:

«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

Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле: $C = H + C_{шт}$
где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

Сшт - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

В соответствии с пунктом 209 Правил 496н, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.12.1, предусмотренного приложением № 8 к Правилам 496н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{но},$$

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

РТ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

Если стоимость случая, подлежащего неоплате (неполной оплате) не является тарифом, утвержденным тарифным соглашением, или получена расчетным путем, в том числе с использованием доли оплаты прерванных случаев, то параметр РТ определяется как сумма, выставленная к оплате по законченному случаю лечения.

Значения коэффициента для определения размера неполной оплаты медицинской помощи, установленные приложением № 8 к Правилам 496н приведены далее.

В соответствии с пунктом 210 Правил 496н, в случаях применения кода нарушения/дефекта 2.12.1 размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT1 - PT2) + PT2 \times K_{но},$$

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

РТ1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

РТ2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с приложением № 8 к Правилам 496н .

В соответствии с пунктом 211 Правил 496н, размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

$$\text{Сшт} = \text{РП} \times \text{Кшт},$$

где:

Сшт - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП - установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.12.1 предусмотренного приложением № 8 к Правилам 496н, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Значения коэффициентов для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установленные приложением № 8 к Правилам 496н приведены далее.

Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи (РП):

Вид медицинской помощи	Размер подушевого норматива, используемый при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (РП), рублей.
Амбулаторная медицинская помощь	8 002,10
Скорая медицинская помощь вне медицинской организации	1 244,90
Медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара	9 388,10
Медицинская помощь в условиях дневного стационара	2 116,30

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в соответствии с приложением № 8 к Правилам 496н:

Значение коэффициента	Код нарушения/дефекта <1>
Для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи	
0	1.1; 1.2; 2.1; 2.9; 2.11; 2.17; 2.18; 3.12
0,1	2.13; 2.16.1; 3.1.1; 3.2.1
0,3	3.1.2; 3.5
0,4	3.1.3; 3.2.2
0,5	2.10; 2.14; 3.3; 3.4; 3.11; 3.13
0,8	3.6
0,9	3.1.4; 3.2.3; 3.2.5; 3.2.6; 3.10
1	1.3; 1.4.1; 1.4.2; 1.4.3; 1.4.4; 1.4.5; 1.4.6; 1.5; 1.6.1; 1.6.2; 1.6.3; 1.6.4; 1.7.1; 1.7.2; 1.8.1; 1.8.2; 1.8.3; 1.9; 1.10.1; 1.10.2; 1.10.3; 1.10.4; 1.10.5; 1.10.6; 2.2; 2.7; 2.8; 2.12; 2.15; 2.16.2; 2.16.3; 3.1.5; 3.2.4; 3.7; 3.8; 3.9
Для определения размера штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества	
0	1.4.1; 1.4.2; 1.4.3; 1.4.4; 1.4.5; 1.4.6; 1.5; 1.6.1; 1.6.2; 1.6.3; 1.6.4; 1.7.1; 1.7.2; 1.8.1; 1.8.2; 1.8.3; 1.9; 1.10.1; 1.10.2; 1.10.3; 1.10.4; 1.10.5; 1.10.6; 2.12; 2.13; 2.14; 2.15; 3.1.1; 3.1.2; 3.2.1; 3.5; 3.11
0,3	1.1; 1.3; 2.1; 2.7; 2.8; 2.16.1; 2.17; 2.18; 3.1.3; 3.2.2; 3.4; 3.7; 3.8; 3.9; 3.12
0,5	2.10; 3.10
0,6	2.11; 3.3; 3.13
1	1.2; 2.9; 2.16.2; 3.1.4; 3.2.3; 3.2.5; 3.2.6; 3.6; 3.14.1; 3.15.1
2	3.14.2; 3.15.2
3	2.2; 3.1.5; 3.2.4; 3.14.3; 3.15.3

<1> Приложение к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н

Размеры санкций по проводимым в 2025 году экспертизам медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в 2024 году и ранее, определяются в соответствии с Перечнем оснований для частичной или полной неоплаты медицинской помощи и применения штрафных санкций по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Липецкой области, утвержденным Тарифным соглашением на 2025 год.

»;

20. Приложение № 1 к тарифному соглашению изложить в новой редакции;

21. Приложение № 7 к тарифному соглашению изложить в новой редакции;

22. Приложение № 9 к тарифному соглашению по строки с территориальным кодом 100565 дополнить строками следующего содержания:

«

100569	A22.26.009	Фокальная лазерная коагуляция глазного дна	856,89
100570	A22.26.010	Панретиальная лазерная коагуляция	1075,88

»;

23. В приложении № 9 к тарифному соглашению тарифы на медицинские услуги с территориальными кодами 100091, 100325, 100429, 100430, 100431, 100432, 300706, 300707, 300708, 300709, 300710, изложить в следующей редакции:

Территориальный код	Тариф, рублей
100091	468,82
100325	806,52
100429	1537,12
100430	3186,17
100431	3505,82
100432	1877,59
300706	1059,75
300707	2524,57
300708	896,19
300709	1714,03
300710	2859,04

;

24. Приложения № 13, № 14, № 15 к тарифному соглашению изложить в новых редакциях;

25. Приложение № 22 к тарифному соглашению после строки с кодом КСГ st36.048 дополнить строкой следующего содержания:

«

st36.049	Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)	0,33
----------	---	------

»;

26. Приложение № 22 к тарифному соглашению после слов «...(за исключением лекарственных препаратов, приобретенных пациентом или его представителем за счет личных средств).» дополнить текстом следующего содержания:

«Оплата диспансеризации, проводимой в стационарных условиях лицам из числа граждан, которые имеют нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящие к ограничениям жизнедеятельности, выраженные в неспособности к самообслуживанию, в нуждаемости в постоянной посторонней помощи и уходе, полной зависимости от других лиц, проживающие в отдаленных районах и сельской местности, а также маломобильные граждане, доставка которых в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, затруднена по КСГ st36.049, осуществляется при условии обязательного выполнения 100 процентов объема первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, предусмотренной порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, для соответствующего пола и возраста, а также второго этапа (при наличии показаний).»;

27. Приложение № 25 к тарифному соглашению изложить в новой редакции;

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

- по пунктам 5, 15, 16, 27 с 21.07.2025;
- по пунктам 2, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 20, 21, 22, 23, 24 с 01.09.2025;
- по пунктам 18, 25, 26 с 04.09.2025;
- по пунктам 1, 6, 8, 19 с 09.09.2025;

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