

## Дополнительное соглашение № 10

### к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Еврейской автономной области на 2025 год

г. Биробиджан

«24» декабря 2025 года

Департамент здравоохранения правительства Еврейской автономной области в лице начальника департамента здравоохранения правительства Еврейской автономной области Мартыновой Анастасии Леонидовны,

территориальный фонд обязательного медицинского страхования Еврейской автономной области в лице заместителя директора - начальника УООМС территориального фонда обязательного медицинского страхования Еврейской автономной области Селяниной Татьяны Васильевны,

страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в системе обязательного медицинского страхования на территории Еврейской автономной области, АСП ООО «Капитал МС» - Филиал в Еврейской АО в лице директора Евдокимовой Аэлиты Владимировны,

профессиональные союзы медицинских работников в лице председателя Еврейской областной организации профсоюза работников здравоохранения Кожукар Надежды Александровны,

в дальнейшем совместно именуемые Стороны,

заключили настоящее Дополнительное соглашение о нижеследующем.

1. С 01.12.2025 внести следующие изменения в Тарифное соглашение в системе ОМС ЕАО на 2025 год:

1.1. в подпункте 3.4.5 пункта 3.4 раздела III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» число «1 241,46» заменить числом «13 246,16»;

1.2. в подпункте 3.4.6 пункта 3.4 раздела III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» число «378,38» заменить числом «3 859,02»;

1.3. в разделе V «Заключительные положения» в пункте 5.4:

1.3.1. абзац восьмой изложить в следующей редакции:

«8) приложение № 8 «Рекомендуемые подходы к балльной оценке и порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций»»;

1.3.2. абзац девятый исключить;

1.4. В приложении № 2 в пункте 3 подпункт 3.9 изложить в следующей редакции:

«3.9. Применение показателей результативности деятельности медицинской организации

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей



результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, определяется доля средств от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом балльной оценки в размере трех процентов от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по следующей формуле:

$$ОС_{П амб k} = ДПн_k * Чз_k + ОС_{рд k}, \text{ где}$$

$ОС_{П амб k}$  – финансовое обеспечение k-медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, исходя из количества прикрепившихся лиц с учетом оценки показателей результативности, рублей;

$ДПн_k$  – дифференцированный подушевой норматив для k-медицинской организации, рублей;

$Чз_k$  – численность застрахованных, прикрепленных к k-медицинской организации, медицинская помощь которой оплачивается по подушевому нормативу на оплату медицинской помощи, оказываемую в амбулаторных условиях, исходя из количества прикрепившихся лиц с учетом оценки показателей результативности, человек;

$ОС_{рд k}$  – размер средств, направляемых на выплаты k-медицинской организации согласно оценке выполнения показателей результативности деятельности, рублей.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией по результатам работы за каждый квартал.

Изменения, внесенные в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Минздрава России от 10.02.2023 № 44н, приказом Минздрава России от 15.05.2025 № 279н, распространяются на весь период расчета показателей результативности деятельности медицинских организаций (далее – показатели результативности деятельности), начиная с медицинской помощи за декабрь



2024 года.

Учитывая возможное изменение принятых к оплате позиций реестров счетов по результатам повторного медико-экономического контроля, проведенного за предыдущие отчетные периоды, а также принимая во внимание, что разделом X Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н, закреплена процедура обжалования медицинской организацией заключения страховой медицинской организации по результатам контроля, в результате которой могут быть выявлены основания для отмены (изменения) решения о неоплате, неполной оплате медицинской помощи и/или об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам первичной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, ежеквартальный расчет показателей производится заново, нарастающим итогом с декабря 2024 года.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам года.

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 декабрь.

Коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулируемыми системы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования, медицинским организациям необходимо предусмотреть стимулирующие выплаты медицинским работникам за достижение показателей результативности деятельности.

Перечень показателей результативности деятельности установлен приложением № 7 к Тарифному соглашению, рекомендуемые подходы к балльной оценке и порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций установлены приложением № 8 к Тарифному соглашению.

Методика оценки показателей результативности деятельности включает разделение оценки показателей результативности деятельности 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 могут рассчитываться без учета этого показателя(-ей).

Каждый показатель, включенный в блок (приложение № 8 к Тарифному соглашению), 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 принять значение баллов по четвертому блоку равным нулю.

Методикой предусмотрена максимально возможная сумма баллов по каждому блоку, которая 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 – свыше 60 (включительно) процентов показателей<sup>1</sup>. Показатель считается выполненным только при положительном количестве баллов.

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 № 8 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 не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам

---

<sup>1</sup> из возможного для медицинской организации количества выполнимых показателей.



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 к-медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения по следующей формуле:

$$OC_{ср\text{д } k \text{ (нас)(II;III)}} = \frac{0,7 * \sum(OC_{рд\text{ } k})}{\sum Ч_{з\text{ } k \text{ (II+III)}}}, \text{ где}$$

$OC_{ср\text{д } k \text{ (нас)(II;III)}}$  – средний объем средств, используемый при определении 70 процентов от объема средств на стимулирование к-медицинских организаций II или III группы за отчетный период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

$\sum(OC_{рд\text{ } k})$  – совокупный объем средств на стимулирование к-медицинских организаций за отчетный период, рублей;

$Ч_{з\text{ } k \text{ (II+III)}}$  – численность прикрепленного населения в отчетном периоде ко всем к-медицинским организациям II и III групп.

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

Например, при осуществлении выплат по итогам достижения показателей результативности за год средняя численность рассчитывается по формуле:

$$Ч_{з\text{ } k} = \frac{Ч_{мес1} + Ч_{мес2} + \dots + Ч_{мес11} + Ч_{мес12}}{12},$$

где:

$Ч_{з\text{ } k}$  – среднегодовая численность прикрепленного населения к к-медицинской организации, человек;

$Ч_{мес1}$  – численность прикрепленного населения к к-медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца отчетного года, человек;

$Ч_{мес2}$  – численность прикрепленного населения к к-медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца отчетного года, человек;

$Ч_{мес11}$  – численность прикрепленного населения к к-медицинской организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца отчетного года, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес}12}$  — численность прикрепленного населения к  $k$ -медицинской организации по состоянию на 1 число двенадцатого месяца отчетного года, человек.

Объем средств, направляемый в  $k$ -медицинскую организацию II или III группы при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ( $\text{ОС}_{\text{рд } k (\text{нас})}$ ), рассчитывается следующим образом:

$$\text{ОС}_{\text{рд } k (\text{нас})} = \text{ОС ср}_{\text{рд } k (\text{нас})}(\text{II; III}) * \text{Чз}_k(\text{II; III}), \text{ где}$$

$\text{ОС}_{\text{рд } k (\text{нас})}$  — объем средств, направляемый в  $k$ -медицинскую организацию II или III группы при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности, рублей;

$\text{ОС ср}_{\text{рд } k (\text{нас})}(\text{II; III})$  — средний объем средств, используемый при определении 70 процентов от объема средств на стимулирование  $k$ -медицинских организаций II или III группы за отчетный период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

$\text{Чз}_k(\text{II; III})$  — численность прикрепленного населения в отчетном периоде к  $k$ -медицинской организации II или III группы.

2 часть — распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов по следующей формуле:

$$\text{ОС ср}_{\text{рд } k (\text{балл})}(\text{III}) = \frac{0,3 * \sum(\text{ОС}_{\text{рд } k})}{\sum \text{Кб}_k}, \text{ где}$$

$\text{ОС ср}_{\text{рд } k (\text{балл})}(\text{III})$  — средний объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование  $k$ -медицинских организаций III группы, в расчете на 1 балл, рублей;

$\sum(\text{ОС}_{\text{рд } k})$  — совокупный объем средств на стимулирование  $k$ -медицинских организаций за отчетный период, рублей;

$\sum \text{Кб}_k$  — количество баллов, набранных всеми  $k$ -медицинскими организациями III группы.

Объем средств, направляемый в  $k$ -медицинскую организацию III группы ( $\text{ОС}_{\text{рд } k (\text{балл})}(\text{III})$ ), рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ОС}_{\text{рд } k (\text{балл})}(\text{III}) = \text{ОС ср}_{\text{рд } k (\text{балл})}(\text{III}) * \text{Кб}_k, \text{ где}$$



$ОС_{рд\ k\ (балл)(III)}$  — объем средств, направляемый в k-медицинскую организацию III группы на стимулирование, рублей;

$ОС_{ср\ рд\ k\ (балл)(III)}$  — средний объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование k-медицинских организаций III группы, в расчете на 1 балл, рублей;

$Кб_k$  - количество баллов, набранных k-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 определяется путем суммирования 1 и 2 частей, в медицинскую организацию II группы — сумма средств, рассчитанная по формуле 1 части, для медицинских организаций I группы — 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 от 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее — показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также фактического выполнения не менее 90 процентов установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

В случае, если не достигнуто снижение вышеуказанных показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) и (или) выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссией устанавливаются понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат.

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.»;

1.5. приложение № 6 изложить в редакции согласно приложению № 1 к настоящему Дополнительному соглашению;

1.6. приложение № 8 изложить в редакции согласно приложению № 2 к настоящему Дополнительному соглашению;

1.7. приложение № 9 исключить.

1.8. приложение № 49 изложить в редакции согласно приложению № 3 к настоящему Дополнительному соглашению.

2. Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Еврейской автономной области, АСП ООО «Капитал МС» - Филиалу в Еврейской АО, дирекции Еврейской АО Хабаровского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» организовать расчеты с медицинскими организациями в соответствии с данным Дополнительным соглашением.

Начальник департамента здравоохранения  
правительства Еврейской автономной области,  
председатель Комиссии

А.Л. Мартынова

Заместитель директора - начальник УООМС  
территориального фонда  
обязательного медицинского страхования  
Еврейской автономной области

Т.В. Селянина

Директор АСП ООО «Капитал МС» -  
Филиал в Еврейской АО

А.В. Евдокимова

Председатель Еврейской  
областной организации профсоюза  
работников здравоохранения

Н.А. Кожукаръ